**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LUCIANE FERREIRA DO VAL

**DESAFIOS DA INTEGRALIDADE NA
ATENÇÃO ÀS DST/HIV/AIDS: A
VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**São Paulo
2012**

LUCIANE FERREIRA DO VAL

**DESAFIOS DA INTEGRALIDADE NA
ATENÇÃO ÀS DST/HIV/AIDS: A
VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGE), para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração:
Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucia
Yasuko Izumi Nichiata

**SÃO PAULO
2012**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Val, Luciane Ferreira do

Desafios da integralidade na atenção às DST/HIV/aids:
a vulnerabilidade programática nas unidades básicas de
saúde do Município de São Paulo / Luciane Ferreira do Val.
– São Paulo, 2012.

273 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucia Yasuko Izumi Nichiata.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

1. Enfermagem 2. Centros de Saúde 3. Vulnerabilidade
4. HIV 5. Sistema unificado de saúde I. Título

Nome: Luciane Ferreira do Val

Titulo: Desafios da integralidade na atenção às DST/HIV/aids: a vulnerabilidade programática nas unidades básicas de saúde do Município de São Paulo.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Francisco e Lourdes que me deram a oportunidade
de viver e que dedicaram suas vidas na educação de seus filhos,
todo o meu respeito, carinho e amor.*

AGRADECIMENTOS

Este momento é aquele em que paro, olho para trás, reflito sobre como se deu essa caminhada e agradeço com muito amor a todas as pessoas que de algum modo me ajudaram nesta jornada.

À orientadora Prof.^a Dr.^a Lucia Yazuko Izumi Nichiata, que com competência e paciência me incentivou e acreditou em mim. Serei eternamente grata por você ter contribuído tanto para chegarmos a este momento. Meu sincero “muito obrigada”!

Às Prof.^{as} Dr.^{as} Maria Rita Bertolozzi, pela confiança; a Suely Itsuko Ciosak e a Vilanice Alves de Araujo Püschel, pelo incentivo e pela força!

Às Prof.^{as} Dr.^{as} Elucir Gir e Renata Ferreira Takahashi, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Sem os sujeitos da pesquisa, nada disso poderia ter acontecido. Muito obrigada pela disponibilidade e valiosa contribuição para o desenvolvimento deste estudo.

A Ivone de Paula e a Paula Oliveira Sousa, da Gerência de Prevenção do CRT – DST/aids de São Paulo, por todo o incentivo neste projeto e pela oportunidade de acompanhar algumas devolutivas.

À Prof.^a Dr.^a Margarida Vieira, que marcou esta trajetória quando fiz o estágio de doutorado em Porto, Portugal, ao oportunizar que eu tivesse uma visão mais ampliada da enfermagem e dos serviços de saúde, bem como conhecesse os Profs. Drs. Henrique Lecour, João Manuel da C. Amado e Luis Octávio Sá, que fizeram sugestões importantes no estudo.

A todos os professores de pós-graduação e funcionários, em especial aos da secretaria da Pós-Graduação: Silvana Maximiano, Dayse Aparecida Fazzolaro, Lucia Aparecida Nepomuceno e Marcia Aparecida G. da Silva. Aos funcionários da biblioteca, muito obrigada, por toda a atenção nas vezes que precisei e sempre fui tão bem atendida: Clotilde Aparecida C. Silva, Sonia

Maria Gardim, Juliana Akie Takahashi, Jamil Abuyagui Vieira e Regina Garcia Brito.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP), pela oportunidade de realizar a graduação, o mestrado e o doutorado, devo toda a minha carreira profissional.

Ao grupo de pesquisa “Vulnerabilidade, adesão e necessidades de saúde”, vinculado ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP), pelas valiosas contribuições.

Ao Programa de Mobilidade Internacional de Pós-Graduação Santander, pelo apoio financeiro para a realização do estágio na Universidade Católica Portuguesa (UCP), Instituto Ciências da Saúde (ICS), Porto, Portugal.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela concessão da bolsa de doutorado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa (2009/14346-0).

Com o mesmo carinho, agradeço:

A Deus, que me conduz eternamente!

A minha amada família. Vocês apoiaram e incentivaram, cada um ao seu modo, e torceram por mim. Sou imensamente grata aos meus pais, Francisco e Lourdes, pois isso só ocorre pelo amor de vocês por mim. Ao Marcelo, companheiro em mais esta etapa. Aos filhos Gabriel e Guilherme, “tesourinhos” em minha vida, agradeço a alegria e o amor. Aos irmãos, Uel, Vana e Lili, que nas brincadeiras sempre me incentivaram a buscar os meus sonhos. Ao Chico, Mirtes e Gerson, cunhados maravilhosos que acompanharam com carinho mais este trabalho. Aos sobrinhos André, Lucas, Beatriz, Pedro e Gabriela: vocês são maravilhosos e me proporcionam muita alegria.

A Elisângela Moreira Landim, que, com sua presença em meu lar, contribuiu para que eu pudesse me ausentar dele, meu muito obrigada!

Muito obrigada aos meus amigos, uns próximos outros longe, mas que sempre ficaram na torcida: Ana Paula Sayuri Sato, Ayrton Jacques, Fábio

Gonçalves, Flávia Ap. de M. França, Glauciene Analha, Jorge Salomão, Lore C. Marx, Patrícia Rocha, Vanessa Del Pozzo e Vera Fujihara.

"Aprendi que todas as formas de conhecimento são transitórias e que elas só têm real valor quando utilizadas em benefício dos seres e de tudo o que existe no campo universal. Todavia de nada vale todo o conhecimento do mundo se não houver AMOR".

Alcione Leite da Silva

Val LF. Desafios da integralidade na atenção às DST/HIV/aids: a vulnerabilidade programática nas unidades básicas de saúde do Município de São Paulo. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

A implementação da integralidade é um grande desafio à consolidação do Sistema Único de Saúde e a vulnerabilidade na Atenção Básica às DST/HIV/aids foi o objeto deste estudo, cujos objetivos foram: caracterizar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo as Coordenadorias Regionais de Saúde, as Supervisões Técnicas de Saúde, os modelos de organização da atenção à saúde, as Organizações Sociais de Saúde em contratos de gestão na cogestão da saúde com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a formação profissional do gerente; identificar o grau de Vulnerabilidade Programática das UBS e discuti-lo segundo os componentes: *acessibilidade, porta de entrada, vínculo, enfoque familiar, profissionais da saúde e coordenação/integração*. A perspectiva conceitual utilizada foi da vulnerabilidade, em sua dimensão programática. Realizou-se estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa, tendo sido utilizado um questionário com 51 questões, aplicado *online*, na plataforma FormSUS, com gerentes das 442 UBS do Município de São Paulo. Foram obtidas respostas de 328 gerentes das UBS; 40,9% eram exclusivas "tradicionais"; 55,8% das OSS eram do tipo "Associação" e mais da metade dos gerentes das UBS eram Enfermeiros. Há graus diferenciados de vulnerabilidade programático, mas de um modo geral nas UBS é baixo. Há vulnerabilidade na efetivação da integralidade: falta de materiais para atividades educativas; baixa oferta de testes de detecção de sífilis à gestante e teste anti- HIV no pré-natal; demora no retorno do resultado do exame anti-HIV; baixa indicação do tratamento com Penicilina Benzatina ao parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis; não realização da abordagem consentida para solicitação de teste para HIV à gestante ou para a população geral; falta de capacitação para realização da abordagem sindrômica das DST e aconselhamento na oferta do teste do HIV; falta de contrarreferência às UBS, DST/aids. Conclui-se que a integralidade traduzida em práticas de saúde na atenção às DST/HIV/aids possibilitou visualizar as vulnerabilidades programáticas nas UBS e apontou desafios para sua efetivação.

PALAVRAS-CHAVE: Integralidade. Vulnerabilidade. Enfermagem. Doença Sexualmente Transmissível. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Vírus da Imunodeficiência Humana.

Val LF. Challenges in comprehensiveness of attention to STD/HIV/aids: vulnerability of the programs in Basic Health Units in the city of São Paulo. [Thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

Implementation of comprehensive attention is a huge challenge in the consolidation of the Brazilian Unified Health System. The vulnerability to STD/HIV/Aids in Primary Care was focused on this study, aiming to provide tools to improve healthcare. The objectives of the study were: 1) to characterize Primary Care Units (PCU) according to selected variables such as: administrative hierarchy position (Regional Health Coordination, Healthcare Technical Supervision), administrative issues (models healthcare attention of organization, Healthcare Social Organization (HSO) in management or co-management with the Township Healthcare Office in São Paulo), and manager formal professional qualification; 2) to identify the level of Programmatic Vulnerability; and 3) to assess the Programmatic Vulnerability according to the following components: *accessibility, point of entry, links, family approach, health professional and integration / coordination*. The conceptual approach was the vulnerability in its programmatic dimension. This was a transversal descriptive and quantitative study based on an online survey with 51 questions applied in the FormSUS platform and involving managers from 442 PCU of the city of São Paulo. Responses were received from 328 PCU managers; among them more than half were Nurses. PCU were exclusively "conventional" in 40.9% and 55.8% of the HSO were classified as "association". There were different levels of programmatic vulnerability; in general however, the vulnerability was low. There was vulnerability in making comprehensive attention effective: lacking of material for educational activities; insufficiency of availability of tests to detect syphilis in pregnant women and anti-HIV test in the pre-natal period; excessive delay in results of anti-HIV tests causing them to be not time-opportune; low practice of indication of syphilis treatment with Benzathine Penicillin for the pregnant' partner; lacking of informed consent to request HIV testing to pregnant women as well general population; lacking of training for the syndromic approach to STDs; lacking of counseling when offering HIV testing; lacking of counter-reference to PCU, STD/Aids. It was concluded that the translation of the comprehensiveness concept into health practices regarding STD/HIV/aids enabled us to assess programmatic vulnerabilities in the PCU, and pointed out challenges to achieve a true comprehensive healthcare attention.

Keywords: Comprehensiveness. Vulnerability. Nursing. Sexually Transmitted Disease. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Human Immunodeficiency Virus.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Vinte e cinco anos de aids	18
Figura 2 -	Mapa com as Coordenadorias Regionais de Saúde por Subprefeitura e Distrito Administrativo. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.....	75
Quadro 1 -	Marcadores de Vulnerabilidade Programática de Estrutura e Dinâmica de Organização do Serviço de Saúde e Operacionalização das Ações em DST/HIV/aids.....	68
Quadro 2 -	Número de Estabelecimentos/Serviços Próprios da Secretaria Municipal de Saúde por Coordenadoria Regional de Saúde – Agosto de 2012	78
Quadro 3 -	Organizações Sociais de Saúde no Município de São Paulo	83
Quadro 4 -	Marcadores de Vulnerabilidade Programática de Estrutura e Dinâmica de Organização do Serviço de Saúde e de Operacionalização das Ações na Atenção Básica às DST/HIV/aids	90
Quadro 5 -	Marcador de Vulnerabilidade Programática, Pontos e escala da Vulnerabilidade Programática.....	102
Quadro 6 -	Relação entre componentes da integralidade, marcadores de vulnerabilidade e itens de análise.....	104

Quadro 7 -	Argumentos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) contra as propostas de Organizações Sociais.....	150
-------------------	---	------------

LISTA DE TABELAS

	Distribuição das UBS segundo Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde.	
Tabela 1 -	Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Município de São Paulo, São Paulo, 2012.....	76
	Distribuição das UBS segundo Coordenadorias Regionais de Saúde, Supervisão Técnica de Saúde, Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) e da Pesquisa realizada pela EEUSP. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.....	
Tabela 2 -		107
	Distribuição das UBS segundo Coordenadorias Regionais de Saúde e modelos de organização da atenção à saúde. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.....	
Tabela 3 -		109
	Distribuição das UBS segundo classificação das OSS e Coordenadorias Regionais de Saúde. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.....	
Tabela 4 -		110
	Distribuição dos gerentes das UBS segundo formação profissional e Coordenadorias Regionais de Saúde. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.....	
Tabela 5 -		111
	Distribuição das UBS segundo marcadores de vulnerabilidade programática e respostas afirmativas aos itens. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.....	
Tabela 6 -		113
	Distribuição das UBS segundo o marcador de vulnerabilidade programática de infraestrutura para	
Tabela 7 -		119

	realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids e Coordenadorias Regionais de Saúde. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.....	
Tabela 8 -	Distribuição das UBS segundo marcador de vulnerabilidade programática de respostas às necessidades de tratamento em DST/HIV/aids e Coordenadorias Regionais de Saúde. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.....	122
Tabela 9 -	Distribuição das UBS segundo marcador de vulnerabilidade programática de ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às DST/HIV/aids e Coordenadorias Regionais de Saúde. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.....	124
Tabela 10 -	Distribuição das UBS segundo marcador de vulnerabilidade programática das ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids e Coordenadorias Regionais de Saúde. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.....	126
Tabela 11 -	Distribuição das UBS segundo marcador de vulnerabilidade programática de integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade e Coordenadorias Regionais de Saúde. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.....	129
Tabela 12 -	Distribuição das UBS segundo marcadores de vulnerabilidade, Coordenadorias Regionais de Saúde e grau de vulnerabilidade programática. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.....	132
Tabela 13 -	Distribuição das UBS segundo marcadores de vulnerabilidade, modelo de organização da atenção a	134

saúde e grau de vulnerabilidade programática.
Município de São Paulo, São Paulo, 2012.....

Tabela 14 -	Distribuição das UBS segundo marcadores de vulnerabilidade, Organizações Sociais de Saúde e grau de vulnerabilidade programática. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.....	135
--------------------	--	------------

LISTA DE SIGLAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretrovirais
CAS	Coordenadoria da Assistência Social
CRT	Centro de Referência e Tratamento
CRS	Coordenadorias Regionais de Saúde
CTAPT	Centro de Testagem, Aconselhamento, Prevenção e Treinamento
DIU	Dispositivo Intrauterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAART	Terapia antirretroviral altamente eficaz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializado
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	BREVE HISTÓRICO E MAGNITUDE DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS NO MUNDO	17
1.1.1	Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) no Mundo	23
1.2	MAGNITUDE DA EPIDEMIA DAS DST/HIV/AIDS NO BRASIL	27
1.3	MAGNITUDE DA EPIDEMIA DAS DST/HIV/AIDS NO ESTADO DE SÃO PAULO	34
1.4	MAGNITUDE DA EPIDEMIA DAS DST/HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	38
1.5	PROGRAMA DE DST/HIV/AIDS NO BRASIL: CONQUISTAS, AVANÇOS E DESAFIOS	42
1.6	A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA ÀS DST/HIV/AIDS	48
2	OBJETIVOS E FINALIDADES	60
2.1	OBJETIVO GERAL	61
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	61
2.3	FINALIDADES	61
3	MATERIAIS E MÉTODOS	62
3.1	PERSPECTIVA CONCEITUAL: VULNERABILIDADE	63
3.2	HIPÓTESE DO ESTUDO	71
3.3	TIPO DE ESTUDO	72
3.4	CENÁRIO DO ESTUDO	72
3.4.1	A Secretaria Municipal de Saúde	75
3.5	SUJEITOS DO ESTUDO	81
3.6	INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS	82
3.7	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	86

3.8	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DO ESTUDO	88
3.9	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	105
4	RESULTADOS	106
4.1	CARACTERIZAÇÃO DAS UBS	107
4.2	AS UBS E OS MARCADORES DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA	112
4.3	AS UBS SEGUNDO GRAU DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA	131
5	VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E A INTEGRALIDADE	139
	AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, AS	
5.1	CORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE E A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA	139
5.2	AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	144
5.3	AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E AS PARCERIAS COM AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (OSS)	149
5.4	AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS GERENTES	153
5.5	VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E A INTEGRALIDADE	157
	<i>Acessibilidade</i>	157
	<i>Porta de entrada</i>	169
	<i>Vínculo</i>	172
	<i>Enfoque Familiar</i>	179
	<i>Profissionais de Saúde</i>	182
	<i>Coordenação/Integração</i>	186
6	CONCLUSÃO	195
7	REFERÊNCIAS	202

APÊNDICE	241
APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS: ENFRENTAMENTO DAS DST/AIDS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	242
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	257
ANEXOS	259
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	260
ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO	261
ANEXO C - ADENDO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	263

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Ao cuidar de portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), mais precisamente adolescentes em fase terminal, em um hospital em São Paulo (SP), em meados de 1995, indagava-me quais eram as condições que poderiam estar relacionadas à exposição dessa população à infecção pelo HIV, tema esse desenvolvido no mestrado. Este estudo, realizado com 360 estudantes de escolas públicas do ensino médio do município de Peruíbe, SP, mostrou que os jovens são vulneráveis ao HIV/aids porque, embora conheçam as medidas de proteção, não se efetivam práticas seguras para evitar a transmissão, assim como discutiu que os serviços de saúde podem influir nessa vulnerabilidade, com vista a diminuir sua ocorrência. Apresentado em 2001, foi possível publicá-lo como livro (Val, Meneghin 2010).

Com o término do mestrado, fui docente por seis anos no Curso de Graduação em Enfermagem em uma universidade particular no Litoral Sul de SP. Nessa universidade, trabalhei com a temática HIV/aids como Coordenadora da Clínica de Enfermagem e também como pesquisadora no projeto Aconselhamento em DST/aids, desenvolvido em conjunto com o Centro de Testagem, Aconselhamento, Prevenção e Treinamento (CTAPT) da Secretaria Municipal de Saúde do Guarujá, SP. Nessa experiência, orientei trabalhos de conclusão de curso de graduação sobre o HIV/aids.

Na pós-graduação fui coordenadora e docente do curso de especialização em Saúde da Família, onde ministrei aulas de metodologia de pesquisa, orientei iniciação científica sobre a prevenção ao uso das drogas e gravidez na adolescência, entre outras investigações de pesquisa.

Em 2008, após passar pela segunda vez em concurso público no município de residência, Peruíbe, saí da universidade e assumi o cargo de enfermeira em uma Unidade de Saúde da Família do bairro de Caraminguava, Peruíbe. Lá me deparei com falta de recursos humanos, materiais e insumos para realizar ações de promoção da saúde e prevenção

dos agravos em geral. Deparei-me com desorganização da Atenção Básica em um município a duas horas do maior centro comercial da América Latina, que é São Paulo.

Em seguida atuei como assessora científica de enfermagem, em uma Organização Social de Saúde (OSS), na capital paulista. Em contato com gestores da saúde, observei que os cuidados de saúde à população ocorriam de modo fragmentado, sendo as necessidades de saúde com base no princípio da integralidade, como estabelecido no SUS, pouco respondidas.

Essa fragmentação das ações e a ausência de integração entre os serviços de saúde me motivaram a ingressar na pós-graduação e a me dedicar à pesquisa em tempo integral, tendo recebido bolsa de doutorado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Durante o doutorado, juntamente com outros pesquisadores, publicamos três artigos, em que foi possível aprofundar meus conhecimentos sobre a temática, divulgando as discussões empreendidas (Bertolozzi et al., 2009; Silva, Val, Nichiata, 2010; Anjos et al., 2012). Foi-me possível obter uma bolsa no Programa de Mobilidade Internacional de Pós-Graduandos Santander, tendo tido a oportunidade de realizar estágio de doutorado “sanduíche” na Universidade Católica Portuguesa (UCP), no Instituto Ciências da Saúde (ICS), na cidade do Porto, Portugal, no período de novembro a dezembro de 2011. Foi uma experiência ímpar, pois conheci a prática da enfermagem em diferentes serviços de saúde, a rede de serviços de saúde com relação ao HIV/aids, o sistema de saúde português; apresentei e discuti com pesquisadores portugueses os resultados da pesquisa do doutorado, em um momento de reforma do Sistema Nacional de Saúde português e da grave crise econômica europeia. A realização do estágio possibilitou maior aproximação com a realidade dos serviços de saúde na atenção ao HIV/aids realizada em outro país e fortalecer a integração do ICS/UCP com a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP), que vem sendo realizado há quatro anos.

A presente tese é parte do projeto de pesquisa “Vulnerabilidade programática ao HIV/aids e os desafios da integralidade: enfrentamento do HIV/aids na Estratégia Saúde da Família”, com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que por sua vez integra o projeto “Enfrentamento do HIV/aids na Estratégia Saúde da Família do Município de São Paulo”, com apoio financeiro da FAPESP.

As investigações integram a produção do Diretório do Grupo de Pesquisa do CNPq, vinculado ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EE-USP, do qual faço parte: “Vulnerabilidade, adesão e necessidades de saúde”, onde se inserem as linhas de pesquisa: adesão em saúde coletiva, diagnósticos e intervenção de enfermagem em saúde coletiva, indicadores em saúde coletiva, políticas de controle de doenças infectocontagiosas e vulnerabilidade em saúde.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo – Vulnerabilidade na Atenção Básica às DST/HIV/aids – tem como hipótese que as UBS possuem vulnerabilidades de âmbito programático que dificultam a efetivação do princípio da integralidade como modo de organizar as práticas com relação às DST/HIV/aids.

O estudo analisa a vulnerabilidade na atenção às DST/HIV/aids na Atenção Básica, com a finalidade de contribuir com a produção do conhecimento, o debate e a reorientação das práticas de atenção às DST/HIV/aids nas UBS no Município de São Paulo, São Paulo, Brasil, e fornecer subsídios para que as políticas públicas efetivem o princípio da integralidade no enfrentamento das DST/ HIV/aids.

Apresenta-se na introdução um breve histórico da epidemia e a sua magnitude no mundo, no Brasil, no estado e no Município de São Paulo. Além disso, discorre-se sobre avanços e desafios do Programa de DST/HIV/aids e a integralidade na Atenção Básica às DST/HIV/aids.

1.1 BREVE HISTÓRICO E MAGNITUDE DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS NO MUNDO

Em 2011, completou trinta anos que cientistas nos Estados Unidos relataram a primeira evidência clínica de uma doença que mais tarde se tornou conhecida como síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). A síndrome é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que infecta as células do sistema mononuclear fagocitário (linfócitos T e macrófagos), expondo a pessoa infectada a doenças oportunistas, como tuberculose, toxoplasmose, sarcoma de Kaposi ou aos linfomas malignos. A infecção pode ser transmitida por via sexual, sanguínea ou materno-filial, durante a gravidez ou a lactação (Amato Neto et al., 1996; UNAIDS, 2012q).

Em 25 anos da presença da epidemia, houve aumento progressivo no número de pessoas que vivem com HIV no mundo, decorrente da implementação de ações ao longo dos anos, até cerca de 2005, como ilustrado na Figura 1 (UNAIDS, 2012q). Considera-se que em 2010 a epidemia atinge certa estabilização e declínio significativo nas taxas de novas infecções, diminuição de quase 20% nos últimos dez anos em todo o mundo, relatada em 56 países (UNAIDS, 2012n).

Apesar dessa diminuição na incidência, ainda é grande o número de pessoas que vivem com HIV. O relatório da *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) de julho de 2012, intitulado “Juntos Deteremos a Epidemia”, descreve que em 2011 aproximadamente 34,2 milhões de pessoas viviam com HIV no mundo; 2,5 milhões de pessoas foram infectadas com o HIV, 100 mil a menos do que os 2,6 milhões de novas infecções em 2010. Ainda em 2011, 1,7 milhão de pessoas morreram por causas relacionadas à síndrome. A tuberculose continua sendo a principal causa de morte de pessoas que vivem com HIV. Desde 2009, novas infecções em crianças caíram cerca de 24%. Em 2011, aproximadamente

330 mil crianças foram infectadas, quase metade do pico da epidemia em 2003 (570 mil) (UNAIDS, 2012p,o).

Figura 1 - Vinte e cinco anos de aids.

Fonte: UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global aids epidemic. Introduction. [internet]. Geneva; 2006. [cited 2012 Feb 17]. Available from: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH01_en.pdf

Os jovens de 15 a 24 anos representam 40% das novas infecções por HIV em adultos com 15 anos ou mais. O HIV é a principal causa de morte das mulheres em idade fértil. Em 2001, aproximadamente 1,2 milhão de mulheres e crianças foram infectadas por HIV. Mundialmente, as mulheres jovens de 15 a 24 anos são mais vulneráveis à infecção do HIV; a taxa de infecção é o dobro da registrada em homens da mesma idade. Cerca de 63% dos jovens (15 a 24 anos) que vivem com HIV são mulheres. Em 2011, mais de 8 milhões de pessoas que vivem com HIV tiveram acesso ao tratamento com antirretrovirais (ARV) em países de renda média e baixa, um aumento de 20% de 2010 a 2011. Apesar dos números expressivos de pessoas a iniciar o tratamento, representa 54% dos aproximadamente 14,8 milhões de pessoas que deveriam estar em tratamento (UNAIDS, 2012p,o).

A UNAIDS estabelece como meta para 2015 chegar aos 15 milhões de pessoas que demandam tratamento, o que significaria a universalização das terapias. A organização institui o lema “Zero novas infecções, Zero discriminação e Zero óbitos relacionados à aids” (UNAIDS, 2012p,o).

Ainda segundo o relatório, mais de 80 países aumentaram seus investimentos nacionais à aids em mais de 50% entre 2006 e 2011. O financiamento nacional para o HIV ultrapassou os investimentos internacionais (UNAIDS, 2012p).

Países BRICS¹ (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) aumentaram a despesa pública nacional com o HIV em mais de 120% entre 2006 e 2011. As fontes nacionais já respondem por mais de 80% dos recursos gastos em aids na África do Sul e China. A Índia também se comprometeu a aumentar o financiamento interno para mais de 90% em sua

¹ BRIC é a sigla usada para países como Brasil, Rússia, Índia e China. Depois, foi acrescentada a letra S para África do Sul, atualmente BRICS. São países que possuem em comum altos índices de desenvolvimento econômico nos últimos anos, podendo se tornar grandes economias futuras. Medici AC. A saúde no BRICs: progresso e perspectivas para 2011. Diagn Tratamento [internet]. 2011 [citado 2012 jul. 19];16(1):39-41. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2011/v16n1/a1867.pdf>.

próxima fase da resposta à aids. Brasil e Rússia já financiaram integralmente a sua resposta à aids com recursos internos (UNAIDS, 2012n,p).

Os avanços mais significativos foram conseguidos na África subsaariana, onde a porcentagem de pessoas que podiam e receberam tratamento aumentou de 19% no período de 2010-2011 para 56%. Porém, a situação mais crítica ainda continua nessa região, sendo responsável por 68% de todas as pessoas que vivem com HIV. Em 2011, estimava-se que 23,5 milhões de pessoas viviam com HIV, das quais 3,1 milhões são crianças. Em 2011, as novas infecções pelo HIV totalizaram 1,7 milhão, sendo 1,5 milhão em adultos e 300 mil em crianças; o número de mortes relacionadas a aids foram de 1,2 milhão. Nessa região, o número de novos infectados com HIV diminuiu de 2,2 milhões em 2001 para 1,8 milhão em 2009. Em 22 países a taxa de incidência do HIV diminuiu mais de 25% entre 2001 e 2009. Em 2009, 37% dos adultos e crianças tinham condições e receberam o tratamento com ARV, ao comparar com 2% de sete anos anteriores. A vulnerabilidade de mulheres e meninas com HIV permanece alta; 76% de todas as mulheres HIV positivas vivem nessa região, especialmente jovens de 15 a 24 anos (UNAIDS, 2010l; 2012o,d).

Dentre os países africanos, a África do Sul é um dos poucos em que a mortalidade materna e infantil aumentou desde os anos 1990 e a aids é a principal causa de mortalidade materna e responsável por 35% das mortes em crianças menores de 5 anos. As relações heterossexuais sem proteção são o modo predominante de transmissão do HIV, mas as relações sexuais remuneradas constituem um fator importante na epidemia do HIV na África Ocidental, Central e Oriental; estima-se que 32% das novas infecções em Gana, 14% no Kenya e 10% em Uganda estejam vinculadas ao comércio sexual. Na Cidade do Cabo, Sudáfrica, Mombasa e Kenya, mais de 40% da população adulta de homens que fazem sexo com homens (HSH) vivem com HIV. O uso de drogas injetáveis é o principal modo de transmissão do HIV nas Ilhas Maurício e um importante modo de transmissão no Kenya, Zanzibar e Tanzânia (UNAIDS, 2010l; 2012o,d).

Em 2011, a Ásia Meridional² tinha cerca de 4,2 milhões de pessoas HIV positivas. Nesse ano houve 300 mil novas infecções em comparação com as 450 mil infecções em 2001, uma redução de 20% em oito anos. A epidemia está estabilizada na maioria dos países. Estima-se que 270 mil pessoas faleceram por causas relacionadas à aids em 2011, comparadas com 250 mil em 2001. O tratamento com ARV na Ásia foi de 44%. A epidemia segue concentrada principalmente entre usuários de drogas injetáveis (UDI), HSH e profissionais do sexo (UNAIDS, 2010f; 2012o,a).

Na Ásia Oriental³, em 2011, estimava-se que 830 mil pessoas viviam com HIV, 16 mil das quais são crianças. Em 2011, as novas infecções pelo HIV totalizaram 89 mil, sendo 87 mil em adultos e 2 mil em crianças, e o número de mortes relacionadas a aids foi 60 mil (UNAIDS, 2012o).

A epidemia do HIV na Oceania é pequena, embora o número de pessoas que vivem com o vírus nessa região tenha quase duplicado entre 2001 e 2011: de 28 mil para 53 mil; dessas, 3.600 são crianças. No entanto, o número de pessoas infectadas com o HIV declinou de 4.700 em 2001 para 2.900 em 2011. As mortes relacionadas com a aids foram de 1.300 em 2011. A epidemia de HIV na região é gerada principalmente por transmissão sexual sem proteção entre homens e mulheres, sendo o principal modo de transmissão do HIV em Papua Nova Guiné. As relações sexuais sem proteção entre homens é o modo predominante da epidemia na Austrália, Nova Zelândia e pequenos países do Pacífico (UNAIDS, 2010k; 2012o, a).

Na América do Norte, em 2011, estimava-se que 1,4 milhão de pessoas viviam com HIV, das quais 45 mil são crianças. Em 2011, as novas infecções pelo HIV totalizaram 58 mil e o número de mortes relacionadas a aids foi 20 mil (UNAIDS, 2012o).

Embora o Caribe detenha uma parte relativamente pequena da epidemia global, a prevalência de HIV em adultos é de aproximadamente

² Ásia Meridional: Bangladesh, Butão, Índia, Maldivas, Nepal, Paquistão, Sri Lanka.

³ Ásia Oriental: China, Mongólia, Japão, Coreia do Norte e do Sul, Taiwan, Hong-Kong e Macau.

1,0%. Em 2011, 230 mil pessoas viviam com HIV; dessas, 18 mil são crianças, pouco variando desde o final dos anos 1990. Há um declínio de novas infecções de 20 mil em 2001 para 13 mil em 2011. As mortes relacionadas com a aids diminuíram de 19 mil em 2001 para 10 mil em 2011. O tratamento com ARV alcançou 67% nessa região. Altos níveis de infecção pelo HIV têm sido encontrados entre profissionais do sexo feminino: 4% na República Dominicana, 9% na Jamaica e 27% na Guiana. Na Jamaica estima-se que 32% dos HSH vivem com HIV. Em Porto Rico, em 2006, 40% das novas infecções por HIV em homens e 27% em mulheres foram consequência do uso de material contaminado pelo HIV. Acredita-se que o comércio sexual, as relações sexuais entre HSH e o uso de drogas sejam as principais fontes de transmissão do HIV nessa região (UNAIDS, 2010g; 2012o, b).

Na região da Europa Central e Ocidental, em 2011, estimava-se que 860 mil pessoas viviam com HIV; dessas, 1.800 são crianças. Em 2011, as novas infecções pelo HIV totalizaram 30 mil e o número de mortes relacionadas a aids foi 9.300 (UNAIDS, 2012o).

Na região da Europa Oriental⁴ e Ásia Central⁵, o número de pessoas vivendo com HIV quase triplicou entre 2000 e 2011, ao chegar a um total estimado de 1,5 milhão em 2011, em comparação com os 530 mil em 2000. Em 2011, as novas infecções pelo HIV totalizaram 170 mil, sendo 160 mil em adultos e 1.700 em crianças. As mortes em decorrência da aids aumentaram de 18 mil em 2001 para 90 mil em 2011. A Federação Russa e Ucrânia juntas representam quase 90% de novas infecções pelo HIV. A cobertura com o tratamento com ARV segue baixo nessa região, ao registrar 23%. A epidemia de HIV na região está concentrada principalmente entre UDI e seus parceiros sexuais e, num grau muito menor, entre HSH (UNAIDS, 2010h; 2012o, e).

⁴ Europa Oriental: são 24 países, entre eles, por exemplo, Polônia, Romênia e outros.

⁵ Ásia Central: Cazaquistão, Quirguistão, Tadjiquistão, Turcomenistão, Uzbequistão.

No Oriente Médio⁶ e África do Norte⁷, o número de novas infecções pelo HIV aumentou de 36 mil em 2001 para 39 mil em 2011, elevando o número de pessoas vivendo com HIV na região para 330 mil no final de 2011, ao comparar com os 180 mil registrados em 2001. As mortes relacionadas com a aids aumentaram de 8.300 em 2001 para 25 mil em 2011. Em Djibouti e a região meridional do Sudão, a prevalência do HIV entre gestantes que usam os serviços de pré-natal aumentou 1%. O tratamento ARV chega a 13% nessa região. No Egito, estima-se que 6% dos HSH vivem com HIV. Em 2006, ainda no Egito, cerca de 1% das trabalhadoras do sexo feminino viviam com HIV, em comparação com 2% a 4% na Argélia, Marrocos e Iêmen. A epidemia na região concentra-se geralmente entre UDI, HSH e profissionais do sexo (UNAIDS, 2010j; 2012o, m).

Na América Latina, em 2011 estimava-se que 1,4 milhão de pessoas viviam com HIV, das quais 40 mil são crianças. Em 2011, as novas infecções pelo HIV totalizaram 86 mil, sendo 84 mil em adultos e 2 mil em crianças; o número de mortes relacionadas a aids foi 57 mil (UNAIDS, 2012d). A maior parte da epidemia do HIV nessa região concentra-se em HSH, UDI e entre os trabalhadores do sexo. Um terço das pessoas vivem no Brasil (UNAIDS, 2010i; 2012c).

1.1.1 Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) no Mundo

Com relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), também conhecidas como Infecções de Transmissão Sexual (ITS), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que 340 milhões de novos casos, sendo a sífilis (12 milhões), clamídia (92 milhões), gonorreia (62 milhões) e tricomoníase (174 milhões), ocorreram em todo o mundo em 1999 em homens e mulheres de 15-49 anos. O maior número de novas

⁶ Oriente Médio: são 18 países, por exemplo: Afeganistão, Irã, Iraque, entre outros.

⁷ África do Norte: Marrocos, Tunísia, Argélia, Líbia e Egito.

infecções ocorreu na região da Ásia do Sul e Sudeste, seguida pela África subsaariana, e na América Latina e Caribe (WHO, 2001; AVERT, 2011).

As DST facilitam a propagação do HIV, pois as lesões provocadas por elas possibilitam a entrada do vírus no organismo e aumentam as chances de uma pessoa se infectar pelo HIV em até 6 vezes no caso da clamídia, 10 vezes no caso de sífilis e em até 18 vezes pela presença de úlceras genitais (Fleming, Wasserheit, 1999).

A clamídia pode causar graves problemas de saúde, como doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica e infertilidade, se não for tratada. Estima-se que aproximadamente 92 milhões de infecções por clamídia ocorreram no mundo em 1999, acometendo mais mulheres (50 milhões) que homens (42 milhões). A prevalência de clamídia varia enormemente em todo o mundo. Na década de 1990, as taxas entre as gestantes na Europa variaram de 2,7% na Itália a 8,0% na Islândia, enquanto os estudos na América do Sul encontraram taxas de 1,9% entre os adolescentes no Chile e 2,1% entre as gestantes no Brasil. Na Ásia as taxas entre as mulheres grávidas tendem a ser muito maiores: até 17% na Índia e 26% na zona rural de Papua Nova Guiné. Na África, os estudos entre as gestantes têm revelado taxas de 6% na Tanzânia e 13% em Cabo Verde (AVERT, 2011).

A sífilis continua sendo um problema global; avalia-se em 12 milhões o número de pessoas infectadas por ano no mundo. As mulheres grávidas infectadas pela sífilis podem transmitir a infecção ao feto, ao causar sífilis congênita, com consequências graves para a gravidez em 80% dos casos. Calculam-se anualmente 2 milhões de casos de sífilis em gestantes, dos quais cerca de 25% resultam em natimortos ou abortos espontâneos e outros 25% em recém-nascidos com baixo peso ao nascer ou infecção grave; os dois casos associados levam a um maior risco de morte perinatal. O objetivo global é a eliminação da sífilis congênita como um problema de saúde pública, a uma incidência de 0,5 caso por 1 mil nascidos vivos (OMS, 2008).

A candidíase é uma infecção causada por fungos (mais frequente é a *Candida albicans*), não é considerada uma DST, mas pode ser transmitida por meio das relações sexuais. Pode acometer homens e mulheres e geralmente está associada a baixa imunidade, uso de antibióticos, anticoncepcionais, imunossupressores e corticoides, à gravidez, diabetes, alergias e ao HPV (Papilomavírus Humano) (Brasil, 2007b).

São poucos os dados sobre candidíase vulvovaginal, mas estima-se que 75% das mulheres apresentarão ao menos um episódio da infecção no decorrer de sua vida, 40% a 50% terão um segundo episódio e aproximadamente 5% poderá se tornar um problema crônico, com até quatro episódios em um ano (Rosa, Rumel, 2004; Marson et al., 2012).

O HPV, também conhecido como condiloma acuminado, é uma das DST mais comuns no mundo. Estima-se que uma em cada cinco mulheres é portadora do vírus. É o principal agente causador do câncer de colo do útero, o terceiro mais comum em mulheres mundialmente. Estima-se uma incidência de aproximadamente 600 mil pessoas infectadas. A prevalência é de 1,4 milhão e cerca de 230 mil óbitos em mulheres por ano no mundo. Entre 75% e 80% da população adquire um ou mais tipos de HPV em algum momento da vida. Estudos apontam que é o segundo mais comum em países em desenvolvimento, afetando ainda mais a população nos países subdesenvolvidos da Ásia, África e América Latina (Mello et al., 2010; Brasil, s.d.e; INCT - HPV, 2012).

A tricomoníase é estimada em 170 milhões de casos no mundo anualmente em pessoas entre 15 e 49 anos, 92% dos casos em mulheres, segundo a OMS. Como as outras DST, também traz sérios problemas de saúde, como doença inflamatória pélvica, câncer cervical e infertilidade, e facilita a transmissão do HIV (Maciel, Tasca, De Carli, 2004; Passos, 2006).

A hepatite é uma inflamação do fígado, geralmente causada por uma infecção viral, e está entre as mais importantes pandemias da atualidade. São cinco os principais vírus da hepatite, referidos como tipos A, B, C, D e E. Esses cinco tipos são de maior preocupação devido à carga de doença e

morte que causam e o potencial para surtos e disseminação da epidemia. Particularmente, os tipos B e C levam a doenças agudas e crônicas em centenas de milhões de pessoas; juntos são a causa mais comum de cirrose hepática e câncer de fígado. As hepatites B e C matam 1 milhão de pessoas por ano em todo o mundo, segundo a OMS (Brasil, 2010a; Mora, 2011; WHO, 2012a).

Estima-se que 2 milhões de pessoas em todo o mundo já foram infectadas e cerca de 600 mil morrem a cada ano devido às consequências da hepatite B. Na Amazônia e nas regiões do sul da Europa Central e Oriental são encontradas altas taxas de infecções crônicas. No Oriente Médio e na Índia, estima-se que de 2% a 5% da população em geral está infectada. Menos de 1% da população na Europa Ocidental e América do Norte está infectada. Na China e em outras partes da Ásia é endêmica, sendo que nessas regiões a maioria das pessoas se infectaram na infância. Cerca de 8% a 10% da população adulta está infectada. O vírus é transmitido por meio do contato com o sangue ou outros fluidos corporais de uma pessoa infectada e tem o predomínio da transmissão sexual. O vírus da hepatite B pode sobreviver no exterior do corpo durante pelo menos sete dias. O vírus da hepatite B é de 50 a 100 vezes mais infeccioso que o HIV e pode ser prevenido com o uso de vacina desde 1982 (WHO, 2012b).

Todos os anos, 3 a 4 milhões de pessoas são infectadas com o vírus da hepatite C no mundo. Aproximadamente 150 milhões de pessoas estão cronicamente infectadas com o vírus e mais de 350 mil pessoas morrem a cada ano de doenças relacionadas com a hepatite C. Os países com altas taxas de infecção crônica são o Egito (15%), Paquistão (4,8%) e China (3,2%). O principal modo de transmissão nesses países é atribuído ao uso de injeções contaminadas com o vírus. O vírus da hepatite C é transmitido por meio do contato com o sangue de uma pessoa infectada por transfusão sanguínea e seus derivados, transplante de órgãos, compartilhamento de objetos perfuro-cortantes não esterilizados, uso de drogas com agulhas contaminadas e da mãe infectada para o feto. Apesar de não ser

considerada uma DST, a hepatite C pode ser transmitida por relações sexuais sem preservativo com uma pessoa infectada (forma mais rara de infecção), não havendo atualmente vacina (Brasil, s.d.b; WHO, 2012c).

1.2 MAGNITUDE DA EPIDEMIA DAS DST/HIV/AIDS NO BRASIL

Os dados epidemiológicos no Brasil, desde o início da epidemia em 1980 até junho de 2011, registram 608.230 casos de aids, dos quais 397.662 (65,4%) eram casos no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no sexo feminino. Eles mostram que são 343.095 (56,4%) casos de aids na região Sudeste; 123.069 (20,2%) na Sul; 78.686 (12,9%) na Nordeste; 35.116 (5,8%) na Centro-Oeste; e 28.248 (4,7%) na Norte. Observa-se uma estabilização da taxa de incidência no País, mas, segundo as regiões, a taxa diminuiu na região Sudeste e aumentou nas demais. Em um período de dez anos, de 2000 a 2010, a taxa de incidência caiu no Sudeste de 24,5 para 17,6 casos por 100 mil habitantes e cresceu nas outras regiões: 27,1 para 28,8 no Sul; 7,0 para 20,6 no Norte; 13,9 para 15,7 no Centro-Oeste; e 7,1 para 12,6 no Nordeste (Boletim Epidemiológico – Aids e DST, 2012; Brazil, 2012).

Em 2010, foram notificados 34.218 casos da doença, sendo 14.142 (41,3%) na região Sudeste; 7.888 (23,1%) na Sul; 6.702 (19,6%) na Nordeste; 3.274 (9,6%) na Norte; e 2.211 (6,5%) na Centro-Oeste. A taxa de prevalência do HIV na população de 15 a 49 anos manteve-se estável em 0,6% desde 2004, sendo 0,4% no sexo feminino e 0,8% no sexo masculino. A taxa de incidência de casos de aids em jovens de 15 a 24 anos foi 9,5 por 100 mil habitantes, com aumento nas regiões Norte e Nordeste, diminuição nas regiões Sudeste e Sul e estabilização na região Centro-Oeste. Com relação à população mais vulnerável, grupos populacionais com idade superior a 18 anos, estudos realizados em 10 municípios brasileiros entre 2008 e 2009 mostram que as taxas de prevalência do HIV foram estimadas

em 5,9% em UDI, 10,5% em HSH e 4,9% em trabalhadoras do sexo (Boletim Epidemiológico – Aids e DST, 2012; Brazil, 2012).

De 1980 até junho de 2011, foram notificados 14.127 casos de aids em menores de cinco anos. Em 2010, foram notificados 482 casos novos, com taxa de incidência de 3,5 por 100 mil habitantes (taxa de incidência em menores de cinco anos é utilizada como indicador de monitoramento da Transmissão Vertical); ao longo dos últimos 12 anos observa-se uma redução de 40,7%, mas, segundo as regiões, a incidência aumentou no Norte e Nordeste, e diminuiu nas demais regiões. Ainda nesse ano, foram notificados 5.666 casos de HIV em gestantes, com taxa de detecção de 2,0 casos por 1 mil nascidos vivos, sendo a única região com uma taxa de detecção de HIV em gestantes superior à média nacional a região Sul, com 4,8 casos por 1 mil nascidos vivos (Boletim Epidemiológico – Aids e DST, 2012).

De 1980 a 2010, no Brasil ocorreram 241.469 óbitos, tendo como causa básica a aids, sendo a maioria na região Sudeste (155.088), seguida da Sul (40.414), Nordeste (26.172), Centro-Oeste (11.639) e Norte (8.154). Em 2010 ocorreram 11.965 óbitos. Nos últimos dez anos observa-se redução de 11,1% na mortalidade; segundo as regiões a mortalidade aumentou no Norte, Nordeste e Sul, diminuiu no Sudeste e estabilizou no Centro-Oeste. Em relação à taxa de mortalidade, houve queda. Em 12 anos, a taxa de incidência baixou de 7,6 para 6,3 a cada 100 mil habitantes, queda de 17% (Boletim Epidemiológico – Aids e DST, 2012).

Ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Esse aumento proporcional do número de casos de aids entre mulheres pode ser observado pela razão de sexos. Em 1983, a razão de sexo era de 40 casos de aids no sexo masculino para cada caso no sexo feminino e em 2010 chega a 1,7 novos casos em homens para cada caso em mulheres (Boletim Epidemiológico – Aids e DST, 2012).

Com relação às faixas etárias, em 2010, observa-se que a maior proporção (24,8%) de casos de aids notificados encontram-se entre 40 e 49 anos de idade. Ainda nesse ano, a faixa etária que exibe a maior taxa de incidência do País é a de 35 a 39 anos de idade (38,1 casos/100 mil hab.). Quanto às faixas etárias, entre 1998 e 2010, observou-se um aumento da taxa de incidência de casos de aids nas faixas de 5 a 12, de 50 a 59 e de 60 anos e mais (Boletim Epidemiológico – Aids e DST, 2012).

No período de 1980 a junho de 2011, segundo a categoria de exposição, com relação ao total de casos de aids notificados em menores de 13 anos de idade (15.775), tem-se um total de 13.540 casos (85,8%) com categoria de exposição por transmissão vertical. Na faixa etária de 13 anos de idade ou mais, do total de 15.026 casos de aids de sexo masculino notificados, no ano de 2010, 22,0% são homossexuais, 7,7% bissexuais, 42,4% heterossexuais, 5,0% UDI, 0,6% transmissão vertical e 22,1% ignorados. Com relação ao sexo feminino, do total de 8.210 casos notificados no mesmo ano, 83,1% são heterossexuais, 2,2% UDI, 0,9% transmissão vertical e 13,8% ignorados quanto à categoria de exposição (Boletim Epidemiológico – Aids e DST, 2012).

Com relação à escolaridade, em 2010, 5,9% do total de indivíduos notificados tinham o quinto ano completo, 9,8% com o ensino fundamental completo, 13,3% com o ensino médio completo, 2,4% eram analfabetos e em 26,5% de casos o dado foi ignorado (Boletim Epidemiológico – Aids e DST, 2012).

Segundo raça/cor no ano de 2010, 49,6% dos casos de aids notificados são brancos; 38,6% pardos; 10,8% pretos; 8,1%, amarelos; 0,4%, indígenas e 0,5%, ignorados. Com relação aos sexos, no mesmo ano foram notificados entre os homens 51,2% brancos; 38,2% pardos; 9,8% pretos; 0,5% amarelos; 0,3% indígena e 8,2% ignorados. Entre as mulheres, 46,7% são brancas; 39,4% pardas; 12,7% são pretas; 0,7% são amarelas; 0,5% indígenas e 7,8% ignoradas, quanto à raça/cor (Boletim Epidemiológico – Aids e DST, 2012).

Ao longo dos anos observam-se algumas tendências nas características da epidemia no País. Vem ocorrendo um processo contínuo de interiorização, ou seja, atingindo cada vez mais municípios de populações menores, distantes de grandes metrópoles, e populações menos favorecidas (pauperização). Embora se reconheça que todos são suscetíveis à infecção, há diferenças na vulnerabilidade dos grupos populacionais, como os HSH, os trabalhadores do sexo, os UDI e as mulheres (feminilização). A pobreza, falha ou falta de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento são os determinantes dessa epidemia, considerada um dos maiores problemas de saúde atualmente nos países em desenvolvimento (Lopes, 2007; Reis et al., 2008).

Com os ARV de alta potência Terapia Antirretroviral Altamente Eficaz (HAART), a história da aids foi alterada: passou a ser considerada uma doença crônica, no sentido de que uma pessoa pode viver com o vírus, por um longo período, devido aos avanços tecnológicos e às pesquisas, que promoveram o desenvolvimento de medicamentos mais eficazes e com menos efeitos colaterais. Houve diminuição da mortalidade ao longo dos anos e da incidência de doenças oportunistas; em contrapartida, aumentou o tempo de sobrevida das pessoas vivendo com essa doença (Menezes, Gonçalves, Castro, 2007; Buchalla, Cavalheiro, 2008; Boletim Epidemiológico AIDST, 2011b). No Brasil, 217 mil pessoas estavam em tratamento com a HAART (Brasil, 2012g).

De acordo com o Programa Nacional de DST/Aids, na região Sudeste o tempo médio de sobrevida dobrou, entre 1995 e 2007, de 58 meses para 108 meses no período (Boletim Epidemiológico AIDST, 2008; Marins et al., 2003).

Outro estudo, baseado na análise das taxas de mortalidade padronizadas por aids no Brasil entre 1982 e 2002, também evidenciou queda na mortalidade a partir da introdução do tratamento com ARV pelo serviço público de saúde, porém com importante desaceleração dessa queda nos últimos três anos. Observou-se redução mais expressiva no sexo

masculino que no feminino; os adultos jovens e os de menor nível socioeconômico são ainda os mais afetados, sugerindo o aumento do acesso ao diagnóstico precoce, à assistência, melhoria da qualidade da atenção de quem vive com HIV/aids, vigilância epidemiológica e monitoramento dos óbitos por aids (Reis, Santos, Cruz, 2007).

Cabe salientar que desde 1990 vem sendo instituída uma política nacional de incentivo a municípios, para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle das DST/HIV/aids. Dentre as medidas, foram criados e expandidos os Serviços de Assistência Especializada (SAE), os Centros de Referência e Tratamento (CRT) e de diagnóstico precoce (centros de testagem e apoio sorológico) em todo o território nacional. Com base em critérios epidemiológicos, capacidade instalada e capacidade gestora das secretarias de Saúde, os municípios têm desenvolvido ações voltadas ao enfrentamento do HIV/aids. Ao mesmo tempo, além das ações na atenção especializada, vem se exigindo uma organização e aporte da Atenção Básica⁸ para responder às necessidades impostas pela epidemia.

Com relação às outras DST, a OMS estima que as consideradas curáveis, no Brasil, correspondam a 12 milhões de casos. Aproximadamente 10,3 milhões de brasileiros já tiveram algum sinal ou sintoma de DST. São 6,6 milhões de pessoas no sexo masculino e 3,7 milhões no sexo feminino. Desses, 18% dos homens e 11,4% das mulheres não procuraram nenhum tipo de tratamento. As DST na população sexualmente ativa são, a cada ano: sífilis, 937 mil; clamídia, 1.967.200 e HPV 685.400 (Brasil, s.d.a; Brasil, 2008e; Brasil, 2009a).

Dados epidemiológicos sobre a candidíase são escassos, mas a doença é um problema importante para a saúde pública, pois responde por 20% a 25% dos corrimentos genitais de natureza infecciosa. Observa-se que nos últimos anos a incidência tem aumentado ao se tornar a segunda

⁸ Na literatura internacional a Atenção Básica é apresentada como Atenção Primária à Saúde. Neste estudo será mantido o termo Atenção Básica, por ainda ser o mais utilizado no Brasil.

infecção vaginal mais frequente no País (Sitta et al., s.d.; Cavalcante, Miranda, Portugal, 2005).

No Brasil, a incidência da tricomoníase varia entre 20% e 40%. Das 2.274 mulheres atendidas em clínicas de DST, a prevalência de tricomoníase vaginal foi de aproximadamente 14,8% (Brasil, 2008e; Almeida et al., 2010).

Entre 2005 e junho de 2011, foram notificados 41.258 casos de sífilis em gestantes, tendo a maioria ocorrido na região Sudeste e Nordeste, 14.099 (34,2%) e 10.905 (26,4%) casos, respectivamente. Em 2010, foram notificados 10.084 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção de 3,5 por 1 mil nascidos vivos. As regiões Centro-Oeste (5,4/1 mil nascidos vivos), Norte (4,5) e Sudeste (3,6) apresentaram taxas superiores à média nacional (Boletim Epidemiológico – Aids e DST, 2012).

Da sífilis congênita, foram notificados 62.881 casos em menores de um ano de idade, de 1998 a junho de 2011. A região Sudeste registrou 28.724 (45,7%) desses casos; a Nordeste, 19.815 (31,6%); a Norte, 5.910 (9,4%); a Sul, 4.622 (7,3%); e a Centro-Oeste, 3.810 (6,0%). Cabe lembrar que é alta a subnotificação desse agravo. Em 2010 foram 6.677 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, com taxa de detecção de 2,3 casos por 1 mil nascidos vivos. As regiões Nordeste (2,6/1 mil nascidos vivos) e Sudeste (2,5/1 mil nascidos vivos) apresentaram taxas superiores à média nacional. De 1998 a 2011, foram notificados 1.525 óbitos. Em 2010, foram 93 óbitos e a taxa de mortalidade por 100 mil nascidos vivos diminuiu de 5,8 em 2009 para 3,2 em 2010. A meta nacional é eliminar a sífilis congênita, 0,5 caso por 1 mil nascidos vivos (Boletim Epidemiológico – Aids e DST, 2012).

Com relação às gestantes, de 2000 a 2011, foram identificadas 61.789 gestantes com o HIV, de acordo com o Ministério da Saúde (MS). Considerando que o Brasil tem como meta a eliminação da sífilis congênita (0,5/1 mil nascidos vivos) e a meta de eliminação da transmissão vertical do HIV (2/100 nascidos vivos – taxa < 1%) até 2015, de acordo com os

objetivos do milênio, o MS lançou a Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012, instituindo que gestantes e seu(s) parceiro(s), inseridos no Programa Rede Cegonha⁹, poderão fazer teste rápido para o diagnóstico do HIV e sífilis na rede básica de saúde pública (São Paulo, 2010b; Boletim Epidemiológico – Aids e DST, 2012; Brasil, 2012d).

Com relação às hepatites são cerca de 33 mil novos casos notificados a cada ano no País (Brasil, 2012a).

Para hepatite B são 120.343 casos acumulados entre 1999 e 2011. São 14 mil casos e 500 mortes por ano, respectivamente. A região Sudeste concentra 36,6% dos casos, seguida da Sul com 31,6%. Há um crescimento das taxas de incidência no País, passando de 0,5% em 1999 para 5,6% em 2009. A região Sul registra os maiores índices desde 2002, seguida do Norte. Nessas regiões, em 2009, as taxas foram de 13,3 e 12,6 por 100 mil habitantes, respectivamente. Entre 2000 e 2010 foram notificados 4.978 óbitos. Está concentrada em jovens e adultos na faixa etária de 20 a 39 anos. Houve aumento do número de pessoas em tratamento de 9.658 em 2010 para 14.116 em 2012 (Boletim Epidemiológico - Hepatites Virais, 2011; Brasil, 2012b).

Quanto à hepatite C, de 1999 a 2011 foram notificados 82.041 casos. São 10 mil novos casos e 2 mil mortes por ano, respectivamente. Desde 2000, já ocorreram 17 mil mortes. A região Sul ultrapassou a Sudeste, que

⁹ A Rede Cegonha é uma estratégia do MS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, em que mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito à ampliação do acesso, ao acolhimento e à melhoria da qualidade do pré-natal. São oferecidos transporte tanto no pré-natal quanto no parto, vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto (“Gestante não peregrina!” e “Vaga sempre para gestantes e bebês!”), realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção, acompanhante no parto, de livre escolha da gestante, atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, acesso ao planejamento reprodutivo. Para o início da implantação são seguidos critérios epidemiológicos como: altas Taxas de Mortalidade Infantil, Razão de Mortalidade Materna e de densidade populacional, com cobertura para implantação: pré-natal: 30% em 2011; 50% em 2012; 70% em 2013 e 100% em 2014. Um dos indicadores, que também serve para priorização epidemiológica, da Matriz Diagnóstica, é a cobertura de equipes de Saúde da Família e a porcentagem de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Rede Cegonha. Apresentação [internet] s.d. [citado 2012 ago 12] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37472&janela=1

historicamente concentrava as maiores taxas. Nessas duas regiões estão concentrados 90% dos casos confirmados no País. Em 2009, a taxa de incidência no Brasil foi de 5,3 casos confirmados para hepatite C; a região Sudeste apresentou 8,3 e a Sul, 7,4. A hepatite C está concentrada em pessoas com mais de 40 anos de idade e é responsável por 70% das hepatites crônicas. Também houve aumento do número de pessoas em tratamento de 11.628 em 2010 para 12.491 em 2012 (Boletim Epidemiológico - Hepatites Virais, 2011; Brasil, 2012b).

1.3 MAGNITUDE DA EPIDEMIA DAS DST/HIV/AIDS NO ESTADO DE SÃO PAULO

Segundo dados do Boletim Epidemiológico do Estado de São Paulo, no período de 1980 a 30 de junho de 2011, foram registrados 212.551 casos de aids, sendo 145.340 em homens e 67.193 em mulheres. Em 2011, estimava-se que 102.428 pessoas viviam com a aids. A taxa de incidência vem caindo desde 1998, de 34,8 casos por 100 mil habitantes para 16,2 em 2010 (Boletim Epidemiológico AIDST, 2011b).

A razão entre sexo masculino e feminino manteve tendência decrescente de 34/1 em 1985 até 2/1 em 1996 e mantém-se estável até 2011 (Boletim Epidemiológico AIDST, 2011b).

O total de casos de aids, de 1980 a 2011, segundo a faixa etária de 30 a 39 anos de idade, foi de 81.750 casos (faixa etária que se mantém predominante), seguida das pessoas com 40 a 49 anos, com 42.907 casos, depois 25 a 29 anos com 38.433 casos, 20 a 24 anos com 18.724 casos, 50 a 59 anos com 14.858 casos, 0 a 14 anos com 6.655, 60 anos e mais de idade com 5.149 casos e de 15 a 19 anos com 3.864 casos (Boletim Epidemiológico AIDST, 2011b).

Os casos notificados de aids de 2004 a 2011 segundo raça/cor branca foram 26.989 (59,4%); preta 4.717 (10,4%); parda 10.693 (23,5%);

amarela 271 (0,6%) e indígena 43 (0,1%). Observa-se aumento de casos de aids entre as pessoas de cor de pele preta/parda, entre as mulheres, de 33,1% em 2004 para 43,3% em 2011, e entre os homens de 28,8% para 35,4% no mesmo período (Boletim Epidemiológico AIDST, 2011b).

Ainda segundo o Boletim Epidemiológico, dos 177.667 casos de aids em pessoas com mais de 18 anos de idade, verifica-se um aumento da proporção com 8 a 11 anos de estudo, passando de 28,1% em 2005 para 39,1% em 2010, e diminuição na proporção de casos de aids com 1 a 3 anos de estudo (de 11,1% em 2005 para 6,5% em 2010). Essas mudanças no grau de escolaridade dos casos assemelham-se à da população geral do Estado. A principal diferença entre os sexos foi expressa nas pessoas com 12 anos e mais de estudo, pois entre os homens essa medida foi o dobro das mulheres, 13,9% e 5,6%, respectivamente, em 2010 (Boletim Epidemiológico AIDST, 2011b).

Com relação à categoria de exposição, em 30 anos da epidemia, dos 179.962 casos de aids em pessoas com 13 anos de idade ou mais, 42,0% apresentaram categoria de exposição heterossexual, 20% foram os de HSH, 21,5% UDI, 986 casos foram por hemocomponentes contaminados (0,5%), 97 casos por transmissão vertical. Observou-se que em HSH houve crescimento entre 2008 (33,8%) e 2011 (38,4%). De 2005 a 2009, a proporção de homens heterossexuais reduziu em 18% e entre os UDI a redução foi de 52%. Nas mulheres, observou-se redução dos casos de 2006 e 2010, 31% em heterossexuais e 59% UDI (Boletim Epidemiológico AIDST, 2011b).

No período de 1980 a 2011, ocorreram 110.123 óbitos no estado, tendo como causa básica a aids; no ano de 2010, ocorreram 1.307 óbitos. A taxa de mortalidade tem diminuído desde 1995 (Boletim Epidemiológico AIDST, 2011b).

Com relação à transmissão vertical do HIV, no estado de São Paulo, no qual se registra uma cobertura de assistência pré-natal elevada (97%) e profilaxia de transmissão vertical com os HAART de 85,5%, foi observada

em 2006 uma taxa de 2,7%. A infecção do HIV em gestantes, entre 2000 e junho de 2011, registrou na região Sudeste 26.772 casos, dos quais 15.894 (59,4%) no estado de São Paulo (Boletim Epidemiológico – Aids e DST, 2012).

No estado de São Paulo, a partir de 1996 houve queda de, em média, 30% da mortalidade e um aumento de 50% na prevalência nos últimos anos. Na Grande São Paulo a taxa de mortalidade e incidência de aids nos últimos anos caiu, aproximadamente, 60%, e houve um aumento mais acentuado da prevalência. Houve diminuição da transmissão vertical no estado e aumento da sobrevivência de pacientes que nasceram infectados, isso incluindo os adolescentes e adultos jovens vivendo com aids; porém, houve redução de casos em pessoas acima de 50 anos. Observa-se que o programa de prevenção em DST/aids tem sido bem-sucedido em 95% dos municípios que apresentam casos de aids, mas existem diferenças em centros urbanos pequenos, médios e grandes. Centros urbanos médios e grandes possuem melhores serviços de assistência básica à saúde, maior número de SAE e nível mais alto de escolaridade das pessoas, o que aumenta as chances de diagnóstico precoce e início do tratamento (Boletim Epidemiológico AIDST, 2011b; FAPESP, 2012).

As tendências apontadas redefinem novos desafios às políticas públicas na atenção ao HIV/aids, pois, mesmo com os avanços conquistados em termos de ações de prevenção e acesso à terapêutica, ainda não há perspectiva de cura. São necessários recursos para promover o desenvolvimento de tecnologias, estudos sobre os efeitos colaterais dos ARV, da resistência às drogas, do tratamento em pessoas acima de 50 anos e com comorbidades e no atendimento adequado dessas pessoas pelo SUS (Boletim Epidemiológico AIDST, 2011b; FAPESP, 2012).

Com relação às DST, de 1996 a 2009, foram notificados 56.377 casos. De janeiro até junho de 2009 foram 12.014 casos (São Paulo, 2009)

No período de 2005 a junho de 2011, foram notificados 8.119 casos de sífilis na gestação. Em 2010 foram 2.100 casos e até junho de 2011

foram 1.161 casos. As UBS¹⁰ são responsáveis por 75% das notificações, como esperado, mas 15% dos casos foram notificados nos hospitais/maternidades, provavelmente por gestantes que não realizaram o pré-natal (Boletim Epidemiológico AIDST, 2011b).

Quanto à sífilis congênita, foram notificados 14.400 casos no período de 1989 a junho de 2011. Houve aumento da taxa de incidência de 0,02 caso por mil nascidos vivos em 1989 para 1,92 em 2010, devido a melhor captação e notificação de casos. Os óbitos somaram 238 (1986 a 2011). O estado de São Paulo tem a meta de eliminação da sífilis congênita até 2015. O perfil das mães dos casos de sífilis congênita é de jovens e com menor percentual de realização do pré-natal (Boletim Epidemiológico AIDST, 2011b).

No estado de São Paulo tem aumentado a notificação dos casos de sífilis na gestação. De 2005 a 2010, essa notificação passou de 152 para 2.100; os municípios notificantes passaram de 39 para 211 e de 94 serviços para 1.005. Apesar desse aumento, esperavam-se mais notificações dos casos, da participação dos municípios e dos serviços “notificadores” (Boletim Epidemiológico AIDST, 2011a).

Os tipos de serviços que mais notificaram esses casos, no estado de São Paulo, foram as UBS, com 75,5%; hospitais/maternidades, 14,7%; Vigilância Epidemiológica, 2,8%; outros serviços, 6,6%; e unidades não classificadas, 0,4% (Boletim Epidemiológico AIDST, 2011a).

¹⁰ Unidade Básica de Saúde (UBS) é a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS, ao considerar que os problemas de saúde mais comuns possam ser resolvidos nesses serviços. Apresenta sete formatos, sendo o terceiro considerado Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde: unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialistas nessas áreas. Pode ou não oferecer Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) realizados por unidades vinculadas ao SUS e pronto atendimento 24 horas. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília; 2009.

Estudos brasileiros demonstraram que a taxa de transmissão vertical do HIV era de 16% em 1997 e de 7% em 2002. No estado de São Paulo, a taxa de transmissão era de 2,7% em 2006. Essa queda se deve ao diagnóstico precoce e à introdução da terapia com ARV como prevenção durante a gestação (São Paulo, 2012e).

Com relação às hepatites, foram notificados no Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac (CVE), no estado de São Paulo, de 2007 a 2010, 13.807 casos de hepatite B, 25.077 de hepatite C e 688 de hepatite B+C (comorbidade). Em 2011 foram 3.856 casos de hepatite B, 5.825 de hepatite C e 137 de hepatite B+C (comorbidade) (Boletim Epidemiológico CVE, 2012).

1.4 MAGNITUDE DA EPIDEMIA DAS DST/HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

No Município de São Paulo, no período de 1980 a junho de 2011, foram notificados 78.127 casos de aids, sendo 56.263 no sexo masculino e 21.864 casos no sexo feminino. Aqui também a incidência de aids vem diminuindo desde 1997, como consequência da introdução do tratamento com os HAART desde 1996, reduzindo a carga viral dos portadores de aids e contribuindo na redução da transmissão do vírus. A razão de sexo masculino/feminino se mantém em 2/1 desde 1997 (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2011).

Em crianças até 12 anos de idade, foram notificados 2.218 casos de aids de 1980 a 2011. Em adultos maiores de 13 até 70 anos de idade e mais foram registrados 75.815 casos de aids nesse mesmo período. Em relação aos adultos, verifica-se que o coeficiente de incidência de aids entre os indivíduos maiores de 50 anos não apresentou aumento e observa-se queda importante nas faixas etárias de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos de idade desde 2001 (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2011).

Os casos de aids segundo raça/cor, entre 1980 a 2011, foram maiores entre brancos (16.929), pretos (3.314), pardos (7.101), amarelos (214) e indígenas (40), porém vem ocorrendo tendência de aumento entre os pardos/pretos (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2011).

Entre 1980 e 2011, em indivíduos com 19 anos de idade ou mais, aumentam os casos de aids entre as pessoas com 8 e 11 anos de escolaridade para ambos os sexos, e também para indivíduos do sexo masculino com 12 anos ou mais de escolaridade (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2011).

Os casos de aids em maiores de 13 anos de idade do sexo masculino têm aumentado, entre os homossexuais, de 25,6% em 2006 para 40,3% em 2011, com tendência de aumento entre os heterossexuais e diminuição entre os bissexuais de 9,2% em 2009 para 7,1% em 2011. No sexo feminino, os casos de aids em maiores de 13 anos de idade mantêm-se elevados entre os heterossexuais, com um aumento de 2,2% em 2009 para 4,1% em 2011 entre UDI. Em menores de 13 anos de idade há o predomínio da transmissão vertical; de 1990 a 2010 foram notificados 255 casos (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2011).

No período de 1980 a 2010, o total de casos de aids nas Regiões/Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do Município de São Paulo foi, na Sudeste, de 18.539 casos, maior na Mooca/Aricanduva (4.854), seguida da Vila Mariana/Jabaquara (4.123); na região Norte, 16.572 casos, maior em Santana/Tucuruvi (3.759), depois Freguesia/Brasilândia (3.249); na Centro-Oeste, 15.972 casos; a região da Sé destaca-se (9.760), seguida da Lapa/Pinheiros (3.971); Leste, 11.539 casos: Itaquera (2.953), seguida de São Miguel (1.949); e na Sul, 9.680 casos: Cidade Ademar/Santo Amaro (3.671), seguida de Capela do Socorro (2.039). Com relação às regiões no Município de São Paulo, na Centro-Oeste vem diminuindo o número de casos de aids, porém sobe nas regiões Sul e Leste (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2011).

Na região Centro-Oeste predomina a categoria de exposição homossexual, sendo nas demais regiões heterossexual. Na região Norte predomina a categoria de exposição de UDI (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2011).

Os óbitos por aids, de 1981 a 2011, foram de 40.796. A taxa de mortalidade foi de 8,6 em 2010. Desde 1994, a taxa de mortalidade por aids passou a cair, devido à maior sobrevida dos portadores. A síndrome passou de quinta causa de morte no Município de São Paulo, no ano de 1996, para a 15ª causa em 2009 e 19ª em 2010. Ainda em 2010, entre os homens foi a 15ª causa e entre as mulheres, a 21ª causa de morte (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2011).

Em 2010, porém, na faixa etária de 25 a 34 anos foi a primeira causa de morte em mulheres e quinta em homens. Na faixa etária de 35 a 44 anos foi a segunda causa para homens e mulheres (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2011).

No período de 2000 a 2011, foram notificados 5.602 casos de gestantes HIV; 60% dos casos de evidência laboratorial do HIV na gestação foram antes do pré-natal, 30% durante e 7% no momento ou após o parto (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2011).

De 2000 a 2011, foram 4.309 casos notificados de crianças expostas. A porcentagem de crianças infectadas com HIV em relação às notificadas teve uma significativa queda a partir de 2000, passando de 10,3 nesse ano para níveis em torno de 2,7% em 2003, acredita-se em função da implantação do protocolo de recomendações de controle da transmissão vertical (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2011).

No período de 2007 a 2009 foram notificados 15.574 casos de DST no Município de São Paulo. Entre esses 5.912 (38%) foram casos de HPV e 3.937 (25,3%), de sífilis em adulto. Os homens têm 56% de casos de DST diagnosticados, sendo 67,6% na faixa etária entre 20 e 39 anos (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2010).

Cinco casos novos de sífilis em adultos, a cada dia em média, são confirmados pelo Instituto de Infectologia Emílio Ribas, SP. Entre novembro e dezembro de 2011, o instituto diagnosticou 369 casos de sífilis, dos quais 347 em pessoas do sexo masculino, a maioria com idade entre 40 e 43 anos (São Paulo, 2012d).

Com relação a gestantes com sífilis, de 2007 a junho de 2011, foram notificados 3.243 casos. O total de casos na CRS Sul foi de 903 (27,8%), na Sudeste foi 824 (25,4%), na Norte, 600 (18,5%), na Leste, 550 (17,0%) e na Centro-Oeste, 366 (11,3%). Aproximadamente 50% das gestantes têm entre 20 e 29 anos; 40,9% possuem raça/cor branca e 53,2% têm grau de escolaridade até o ensino fundamental completo (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2011).

No MSP, de 2005 a 2011 foram notificados 3.330 (41,%) casos de sífilis na gestação (Boletim Epidemiológico AIDST, 2011a).

No período de janeiro de 1998 a junho de 2011, foram notificados 5.862 casos de sífilis congênita no Município de São Paulo. Quanto ao local de residência, o maior número de casos notificados é de residentes na CRS Norte (1.672), seguido da CRS Sul (1.266), CRS Leste (1.073), CRS Sudeste (911) e Centro-Oeste (822). Cabe lembrar possíveis subdiagnósticos e subnotificações (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2011).

Com relação à candidíase, estudo realizado dos prontuários de 658 pacientes do sexo feminino, atendidas no ambulatório de DST no Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, entre janeiro de 1999 e dezembro de 2004, verificou que a candidíase foi a DST mais diagnosticada, respondendo por 55,7% (Tanaka et al., 2007).

No Município de São Paulo, a prevalência de DST, em 2005, registrou 9,1% de clamídia em gestantes, 5,5% em mulheres e 17,5% em homens

atendidos em clínicas de DST e 1,6% em trabalhadores da indústria (Boletim Epidemiológico AIDST, 2008).

Quanto às hepatites B e C, de 2000 a 2010, foram notificados 53.067 casos, sendo 26.019 da hepatite B e 27.048 da hepatite C. A exposição sexual foi o principal modo de transmissão da hepatite B. Para hepatite C, foram três os principais modos de transmissão: sexual, transfusional e UDI. As CRS que mais notificaram foram, pela ordem, Centro-Oeste (39,1%), Sudeste (24,5%), Leste (16,4%), Sul (12,1%) e Norte (7,9%). A CRS Centro-Oeste se destaca com o maior número de notificações, pois nessa região estão serviços de grande porte, como o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e o Instituto de Infectologia Emílio Ribas (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2011).

1.5 PROGRAMA DE DST/HIV/AIDS NO BRASIL: CONQUISTAS, AVANÇOS E DESAFIOS

O primeiro programa oficial para controle da aids no Brasil foi implantado em São Paulo, seguido pelo Rio de Janeiro. As primeiras ações do Programa Estadual de São Paulo diziam respeito à prevenção da infecção, particularmente realizadas em campanhas de esclarecimento quanto às formas de exposição para os profissionais de saúde e população em geral (Chequer, 2005).

Outra iniciativa do programa estadual foi a criação, em 1988, do Centro de Referência em DST/aids, que tinha como objetivo ser um núcleo de treinamento e capacitação para a realização de ações de prevenção e vigilância em todo o estado. Foi a partir desse programa que se iniciou a descentralização das ações de saúde relacionadas à epidemia, ainda que realizadas diretamente pela gestão estadual nas diversas regiões. Além dessas ações, o Centro de Referência instalou uma unidade ambulatorial de acompanhamento às pessoas portadoras do vírus e uma unidade de leitos

hospitalares. Essas unidades tinham como objetivo, além da assistência, o desenvolvimento de pesquisas clínicas. Foram obtidos, nesse centro, os primeiros protocolos de medicações para a infecção pelo HIV. Seguindo a experiência exitosa desse Centro de Referência, outros centros foram criados no país (Chequer, 2005).

Após a implementação de programas minimamente estruturados em outros 11 estados foi criada a Divisão Nacional de DST e Aids, conformando-se em 1986 o Programa Nacional de DST/Aids, quando já era grande o volume e a velocidade de casos novos notificados em municípios de médio e grande porte (Brasil, 2005).

Em 1988 foi possível disponibilizar pelo Programa testes laboratoriais para o estabelecimento do diagnóstico de soropositividade ao HIV em hospitais, centros de atenção especializados e bancos de sangue.

Naquele mesmo ano foi criado o primeiro Centro de Testagem e Aconselhamento do Brasil, na cidade de São Paulo, cujos objetivos eram expandir o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV; absorver a demanda de pessoas que procuravam os bancos de sangue para conhecer/acompanhar seu *status* sorológico; contribuir para a redução de riscos de transmissão do HIV; estimular a adoção de práticas seguras; estimular o diagnóstico de parcerias sexuais; acolher segmentos populacionais mais vulneráveis; encaminhar as pessoas HIV reagentes aos serviços de referência; e auxiliar no processo de adesão da pessoa ao tratamento (Brasil, 2005; Wolffenbüttel, Carneiro, 2007).

Essas ações buscam atingir os objetivos gerais do Programa Nacional de DST/Aids, que são: 1) fortalecer a efetividade e eficiência do Programa Brasileiro de DST e HIV/aids e garantir sua sustentabilidade a médio e longo prazos; 2) reduzir a incidência de DST/HIV; e 3) melhorar a qualidade de vida das pessoas que estão vivendo com HIV/aids. Os objetivos específicos são:

A. expandir a qualidade e acesso às ações de atenção e prevenção;

B. reduzir a discriminação e o preconceito, além de fortalecer os direitos humanos relacionados à epidemia de HIV/aids e outras DST;

C. aumentar a efetividade das ações por meio do desenvolvimento e incorporação de tecnologias estratégicas;

D. descentralizar o financiamento e a gestão aos estados e municípios;

E. promover processos de gestão com base em desempenho e resultados.

O acesso aos testes de diagnóstico possibilitou a ampliação das ações de prevenção e assistência, além de estendê-las para amplos serviços de saúde, como as maternidades e os serviços da Atenção Básica. Em especial, nas ações da Atenção Básica, realizadas no acompanhamento das gestantes no pré-natal e ações junto às maternidades, tem possibilitado o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV na gravidez e permite melhores resultados da profilaxia da transmissão vertical desse vírus (Araújo, Vieira, Bucher, 2006).

Outras ações voltadas ao diagnóstico precoce realizadas foram as campanhas de esclarecimento e oferta do teste anti-HIV, conhecido como “FiqueSabendo”. O “FiqueSabendo” é uma campanha de prevenção e controle das DST/aids do MS, tendo como pilar o teste do HIV e a informação preventiva, por meio da distribuição de materiais publicitários, preservativos masculinos e femininos e aconselhamento (FiqueSabendo, s.d.)

O Programa de DST/Aids, como política pública, tem por meta a redução de sua incidência e melhora da qualidade de vida das pessoas portadoras da doença. Para isso, definiu diretrizes como o fortalecimento, a implementação e a ampliação da institucionalização das ações de prevenção, promoção e assistência às DST, HIV e aids na rede do SUS, de forma integral e equânime, conforme os princípios do SUS, a promoção da defesa dos direitos humanos e a redução do estigma e da discriminação.

Entre as prioridades estão a melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos; redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST e da infecção pelo HIV; aumento da cobertura das ações de prevenção em mulheres e populações com maior vulnerabilidade; redução do estigma e da discriminação; melhoria da gestão e manutenção dos programas (Brasil, s.d.d; Brasil, 2005; Brasil, 2006a).

Além das diretrizes citadas, para expandir a qualidade, o acesso às intervenções e garantir a efetividade, o programa busca a ampliação das ações de promoção e prevenção, tendo elencado algumas recomendações, tais como a adoção do aconselhamento nos serviços de saúde; a identificação precoce dos casos de soropositividade e dispensação gratuita de preservativos; inserção dos grupos mais vulneráveis nas redes de atenção; acesso aos insumos para adoção de práticas mais seguras (preservativos, gel lubrificante, *kits* de redução de danos).

Além dessas, mais relacionadas às práticas, o programa cria mecanismos para qualificação da atenção, mais de caráter de gestão, como elaboração de plano diretor de informação e informática, com o Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST/Aids (Monitoraids); a criação do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais (SISCLOM), entre outros. Ainda no aprimoramento da gestão dos serviços de saúde, institucionalização do monitoramento e avaliação; implementação da política de formação e regulação de recursos humanos; elaboração de plano estratégico para desenvolvimento de fármacos e medicamentos e de testes diagnósticos e de acompanhamento clínico (Brasil, s.d.d; Brasil, 2005; Brasil, 2006a).

O programa ainda tem apoiado, com financiamento para pesquisas e desenvolvimento tecnológico, a melhoria da competência científica e tecnológica nacional; estruturação de redes nacionais para desenvolvimento tecnológico de vacinas e microbicidas e para pesquisas clínicas. Além disso,

busca formas de fortalecimento e ampliação da cooperação técnica, científica e tecnológica entre países (Brasil, s.d.d; Brasil, 2005; Brasil, 2006a).

Tendo essas metas e diretrizes e com base nos resultados alcançados, o programa tem se confirmado como uma experiência reconhecida internacionalmente, demonstrada não só pela diminuição do coeficiente de mortalidade, mas porque disponibiliza universalmente o acesso aos serviços de saúde e os insumos de prevenção e assistência. É reconhecido pela afirmação do respeito aos direitos à prevenção, à universalidade, entre outras, refletindo os princípios do SUS (Chequer, 2005; Brasil, 2006a).

Dado que a atenção ao HIV/aids exige assistência complexa, com necessidade de profissionais familiarizados com o manejo clínico e controles laboratoriais específicos, os SAE, como os centros de referência e ambulatorios, se confirmam como espaços privilegiados para esta atenção (Alves et al., 2003).

Ao lado disso, reconhece-se que para efetivamente haver melhor controle sobre a epidemia é necessária a ampliação das ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância epidemiológica estendidos aos serviços da Atenção Básica, de responsabilidade dos municípios (São Paulo, 2003).

A implantação nos serviços da Atenção Básica de atividades de prevenção, detecção e tratamento das DST; educação e aconselhamento para prevenção das DST/HIV/aids; disponibilização de preservativos, é devida à reivindicação do movimento de mulheres e fortalecida pelas recomendações da Plataforma de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, Egito, 1994 (Ferraz, Nemes, 2009).

Nesse aspecto, a OMS recomenda a oferta da testagem anti-HIV e, a partir da década de 1990 no Brasil, vem sendo instituída uma política nacional e estadual de incentivo para os municípios, com o desenvolvimento

de ações de prevenção e controle das DST/HIV/aids, baseados em critérios epidemiológicos, capacidade instalada e capacidade gestora das Secretarias de Saúde (Ferraz, Nemes, 2009).

Os municípios têm desenvolvido ações voltadas ao enfrentamento do HIV/aids na Atenção Básica em diferentes graus e qualidade, apontando grandes desafios para o seu aprimoramento. Entre esses, encontra-se a ampliação do diagnóstico precoce, pois mais da metade das confirmações da doença é feita quando já existe deterioração imunológica. Além desse, outros problemas relacionados ao tratamento prolongado são destacados, como a não adesão ao tratamento com ARV, que pode levar à resistência do vírus aos medicamentos, e mesmo falência do tratamento em muitos casos. Outro enfrentamento da epidemia diz respeito à melhoria da resposta às coinfeções do HIV, como a tuberculose e as hepatites virais, encaminhando à necessidade de integração dos serviços de saúde.

Atender com qualidade pessoas soropositivas para o HIV, suas famílias e comunidade exige uma articulação dos serviços oferecidos pelos SUS, num trabalho integrado por um sistema de referência e contrarreferência¹¹. A desarticulação no atendimento às pessoas portadoras de HIV/aids revela uma desorganização na assistência, que não garante um processo de referência e contrarreferência em uma rede articulada de distintos níveis de complexidade (Silva et al., 2005).

Estima-se que são 185 mil adultos em tratamento da infecção pelo HIV até o final de 2009. Essas pessoas necessitam tanto dos SAE quanto da Atenção Básica, dada a complexidade da assistência, com demandas desde acompanhamento clínico e laboratorial, apoio psicológico, familiar e de busca de rede social (Boletim Epidemiológico AIDST, 2008).

¹¹ Entende-se por referência o encaminhamento do usuário do serviço de saúde do SUS, do nível menor para o de maior complexidade; contrarreferência é o inverso, ou seja, do nível de maior para o de menor complexidade. Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. 3ª ed. rev. e ampl. Brasília; 2003.

Os usuários¹² dos serviços de saúde portadores de HIV/aids têm necessidades que vão além da gravidade e frequência dos efeitos colaterais dos medicamentos; se antes viviam de 6 meses a 1 ano, hoje vivem 20 anos ou mais, e isso exige um conhecimento maior de toda a equipe de saúde sobre hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, entre outros (Veloso 2003; Mattos, 2009a).

Existem novas demandas para os adolescentes contaminados que iniciam sua vida sexual, idosos contaminados que possuem doenças crônicas e demandam por novos serviços. Não dá para limitar apenas o atendimento aos portadores da aids ou do HIV em infecção oportunista, tratamento com ARV, carga viral, contagem de linfócitos e SAE, ambulatorios ou CTAPT (Veloso, 2003).

Diante da magnitude que a epidemia apresenta, considera-se distante o seu controle, demanda do SUS; novos e velhos desafios que serão tratados na exposição a seguir.

1.6 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA ÀS DST/HIV/AIDS

Um dos grandes desafios ao enfrentamento das DST/HIV/aids diz respeito à integralidade das ações na Atenção Básica.

A integralidade na Constituição Brasileira relaciona-se ao princípio do SUS como atendimento integral, conforme consta no Art. 198:

¹² Usuário(s) no sentido mais amplo envolve vários atores como o próprio usuário, seu acompanhante, seu(s) familiar(es), o trabalhador e o gerente da instituição, o gestor do sistema, todos relacionados. Além disso, o termo usuário tem o sentido do que se utiliza de coisa ou de serviço, do cidadão que utiliza os serviços de saúde do SUS. Martins PH. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas na saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro; CEPESC-IMS/UERJ: Abrasco, 2008. p. 115-42. Paiva Filho O. ABC da ética farmacêutica. Brasília: Cidade, 2011.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

II – participação da comunidade. (Brasil, 1988)

Por sua vez, conforme consta na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a integralidade é entendida como:

[...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (Brasil, 1990)

Para além do que se encontra definido na lei, uma das compreensões de atendimento integral ou a integralidade são respostas dadas pelo sistema de saúde às necessidades individuais e coletivas de saúde de caráter preventivo e assistencial (Fortes, 2009). Entende-se que essas incluem, portanto, as ações de prevenção e assistência às DST/HIV/aids.

A integralidade traz em seus sentidos um conjunto de características, tanto do sistema de saúde, das suas instituições e das práticas que se desejam, quanto o desafio da construção da justiça, da democracia e da efetividade do acesso à saúde por meio de tecnologias de suas práticas de acordo com as necessidades de cada um de forma solidária (Mattos, 2009a; Ayres, 2009).

Estudo com bioeticistas brasileiros de Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo sobre a compreensão dos sentidos atribuídos aos princípios da universalidade e da integralidade no SUS verificou que a maioria defende a manutenção do primeiro e crítica a manutenção do segundo, considerado “difícil”, “impossível”, “ilusório” ou “utópico” (aspas do autor) (Fortes, 2009).

Mas, segundo Mattos (2009a, p. 45), a integralidade não é utopia, pois os “atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser

tornada real num horizonte temporal definido”. A integralidade é uma “bandeira de luta”, uma “imagem-objetivo” (aspas do autor). São características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas consideradas desejáveis.

Ayres (2009) salienta que o tema integralidade, apesar de complexo, é relevante para as práticas de saúde e tem se destacado na comunidade acadêmica, técnica e política da Saúde Coletiva. Por ser um desafio político, econômico, administrativo e tecnológico, exige criatividade para produzir, de forma universal e equitativa, tratamento, prevenção, recuperação da saúde, mas, além disso, produzir cuidado. E entre os princípios do SUS, a integralidade traz mais desafios na reconstrução do sistema de saúde brasileiro:

[...] O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas *a integralidade nos desafia a saber e fazer o "quê" e "como" pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um*. (Ayres, 2009, p. 14)

Cabe ressaltar que a integralidade é um termo complexo, pois possui várias significações; é polissêmico e, portanto, refere reflexões acerca de quais sentidos lhe são atribuídos nas práticas e nas políticas de saúde, para efetivação da sua prática (Gomes, 2004; Mattos, 2009a; Brasil, 2007a).

A integralidade é entendida como “uma noção amálgama, prenhe de sentidos” e que não deve ser definida para não arriscar perder alguns dos seus sentidos e calar atores sociais que lutam por uma sociedade mais justa (Mattos, 2009a; p.46).

Quanto a alguns dos sentidos do termo integralidade, para Mattos (2009a) eles podem ser reunidos em três não excludentes, e sim complementares.

a) Da medicina integral à prática da boa medicina: crítica da medicina integral à prática sanitária individual pelos profissionais de saúde; em que na operacionalização das práticas dos profissionais se atenta somente para o funcionamento dos sistemas de suas especializações; que fortalece as especialidades médicas; a ênfase na assistência individual, curativista, biologicista e que impede visualizar o indivíduo como um todo, inserido no seu espaço coletivo (Mattos, 2009a; Bonfada et al., 2012).

A crítica da medicina integral à prática da integralidade remonta às discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. As escolas que privilegiavam o laboratório e os hospitais como *locus* de aprendizagem, ou seja, os currículos de base flexneriana¹³. Exigia-se uma reforma curricular que formasse médicos com atitudes menos reducionistas e fragmentárias dos pacientes. Médicos que pudessem aprender com seus pacientes e suas necessidades de modo mais integral (Mattos, 2009a).

No Brasil, foi com a medicina preventiva, resistência ao regime militar e berço do movimento sanitário que se iniciou a medicina integral. Aqui também houve reformas curriculares de escolas médicas nos anos 1970 e 1980. Foi também nos anos 1970 que nasceu a Saúde Coletiva como campo de conhecimento que criticava a saúde pública tradicional e a medicina preventiva norte-americana. Contribuiu para isso o movimento de medicina social, no qual as práticas em saúde foram consideradas como práticas sociais, o que levou à revisão da interpretação à medicina integral (Moraes, 2006; Mattos, 2009a).

Nesse sentido, “buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta é a marca maior desse sentido de integralidade”. E essa compreensão engloba o conjunto de

¹³ Modelo norte-americano de reorganização do ensino médico de Abraham Flexner destacava algumas características como disciplinas de ciências básicas nos primeiros anos de curso, pouca atenção na promoção, prevenção e mais atenção médica individual; valorização da aprendizagem no ambiente hospitalar e organização da assistência em especialidades médicas. Egry EY, Sena RR. O desenvolvimento do conhecimento na enfermagem. In: Sena RR. Educación de enfermería em América Latina. Bogotá: Real, Universidad Nacional; 2000.p.13-22.

profissionais dos serviços de saúde e não só o médico (Mattos, 2009a, p. 54).

b) A integralidade como forma de organizar as práticas: busca romper com a divisão entre a saúde pública e a assistência médica, entre as ações de prevenção e as de recuperação (curativas) da saúde e onde as necessidades dos usuários não são reduzidas ao conhecimento técnico do profissional (Mattos, 2009a; Bonfada et al., 2012).

O princípio da integralidade na organização dos serviços na Atenção Básica exige práticas de saúde horizontais dos programas antes verticais. Porém, as equipes das unidades de saúde pautam o atendimento não mais no enfoque médico e em programas específicos do MS, e sim no enfoque epidemiológico, ou seja, da oferta de serviços para responder exclusivamente às doenças de uma população (Mattos, 2009a; Moraes, 2006).

O enfoque epidemiológico busca reunir as necessidades de saúde da população e os profissionais definem as ações de acordo com as doenças mais frequentes. Mas a epidemiologia não consegue medir todas as reais necessidades de saúde dos usuários, sendo também vista por estudiosos como capaz de avaliar a saúde e suas ações, não respondendo a todos os processos socioculturais que envolvem a saúde (Moraes, 2006).

c) As políticas governamentais: das respostas políticas a problemas de saúde de grupos populacionais e do financiamento em saúde (Mattos, 2009a; Magalhães Júnior, Oliveira, 2006).

Isso reforça a integralidade como um direito de todo cidadão ao acesso a todas as esferas de atenção em saúde, desde as ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência) até as ações preventivas e de promoção da saúde. Para tanto, isso requer uma rede de serviços (integração de ações) para viabilizar atenção integral. Entende-se também que a abordagem integral do ser humano supera a fragmentação das ações sobre os sujeitos que devem ser

vistos, respeitando suas dimensões biológicas, subjetivas e sociais (Brasil, 2008b).

Da integralidade como modo de organizar as práticas, como um desafio para a articulação contínua desses diversos níveis de organização do setor saúde (primário, secundário e terciário), sejam suas diversas ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos: diferentes especialidades médicas, profissionais, tipos de serviços, ações de saúde pública, ações assistenciais, demanda espontânea e programada, entre outros, de modo regionalizado e hierarquizado (Ayres et al., 2007; Machado et al., 2007).

A Atenção Básica, caracterizada por um conjunto de ações individuais ou coletivas, situada no nível primário da atenção do sistema de saúde, constitui-se como a porta de entrada do sistema, onde cerca de 80% das demandas trazidas pela população possam ser resolvidas. Tem capacidade de prover cuidados essenciais, com métodos e tecnologias leves, com a participação da população e com baixo custo. Em seus fundamentos tem a efetivação da integralidade com relação à integração de ações programáticas, da demanda espontânea, da articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, com equipe multidisciplinar e coordenação do cuidado na rede de serviços (Brasil, 2004a; Brasil, 2006c; Ayres, 2007; Brasil, 2011c; Brêtas, Pereira, 2011).

O princípio da integralidade deve ser aplicado em todos os níveis do sistema de saúde, mas na Atenção Básica torna-se estratégico (Ayres, 2012). Pois, segundo Starfield (2001), a Atenção Primária à Saúde organiza a atenção à saúde, definida pelos princípios e diretrizes que esses serviços devem proporcionar, como: atenção generalizada e a todas as idades, gênero ou problemas de saúde; acessível, integrada e continuada, trabalhada em equipe; centrada na pessoa e não na enfermidade; orientada à família e à comunidade; coordenada de maneira a acompanhar o usuário

em outros níveis de atenção e oferecendo apoio constante a essa pessoa (Brasil, 2004a).

A Atenção Básica no Brasil orienta-se pelos princípios do SUS da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (Brasil, 2006c; Brêtas, Pereira, 2011).

Com o Programa Saúde da Família, modificado conforme a Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006, para Estratégia Saúde da Família (ESF), a Atenção Básica deve ser resolutiva, humanizada, capaz de atender às necessidades de saúde da população adstrita no determinado território, ou seja, área de responsabilidade da UBS, capaz de promover a integralidade da atenção, ser desenvolvida por meio das práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, da sociedade e dos trabalhadores da saúde (Lourenção, Soler 2004; Brasil, 2006c; Georgetti, 2007).

Na Atenção Básica, as UBS constituem-se espaço privilegiado, seja na forma tradicional, seja na ESF, para o desenvolvimento da integralidade do cuidado para os usuários do SUS, portanto local ideal para implantação das ações de prevenção e assistência às DST/aids (Monteiro Júnior et al., 2007; Brêtas, Pereira, 2011).

A organização dos serviços de saúde na Atenção Básica deve possibilitar a integralidade oferecendo: acesso, acolhimento¹⁴, atividades educativas, aconselhamento, diagnóstico precoce, implementação de ações básicas de prevenção e assistência e integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde no município para os portadores de DST/HIV/aids e

¹⁴ Acolhimento é uma prática que ocorre em todas as relações de cuidado, entre trabalhadores da saúde/usuários, ou seja, no modo de receber e escutar as pessoas. As dimensões que o constituem são: da ampliação/facilitação do acesso (responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário), como postura, atitude e tecnologia de cuidado (de escuta qualificada ao analisar as necessidades da demanda espontânea e da agenda programada) e como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (articulação das redes internas dos serviços (horizontalidade do cuidado) e redes externas (com outros serviços de saúde), para continuidade da assistência quando necessário). Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília; 2011.

hepatites às unidades de referência, quando necessário (Brasil, 2006c; Sala, 2011).

Porém, esse é um horizonte a ser perseguido. A realidade concreta dos diferentes níveis de assistência mostra que são grandes os desafios no sentido da sua efetivação.

Sobre o princípio da integralidade nos serviços da Atenção Básica ao HIV/aids e entre esses e os SAE, identifica-se descontinuidade ou fragmentação das ações e encaminha-se à discussão da ausência ou fragilidade na efetivação desse princípio nas ações no SUS (Moraes 2006; Paiva, Pupo, Barbosa, 2006).

Estudo sobre o atendimento ao usuário relacionado ao HIV/aids, entre um SAE e cinco unidades com ESF, em Fortaleza, Ceará, Brasil, revelou total desarticulação entre os profissionais da Atenção Básica, que desconhecem as formas de acesso, e a rotina dos SAE em HIV/aids, como também dos profissionais da SAE que desconhecem a dinâmica de atendimento na Atenção Básica (Silva et al., 2005).

Pesquisa realizada em dez municípios brasileiros verificou que, na maior parte deles, não há realização suficiente da contrarreferência, mostrando ser essa uma das principais dificuldades referidas pelos gestores municipais do Sistema de Saúde. Isso reforça que a não existência de um sistema de referência e contrarreferência efetivo dificulta o processo de articulação entre os serviços e o atendimento integral aos portadores do HIV/aids (Brasil, 2002a).

Outros pontos importantes da desorganização da assistência fazem os agentes desconhecer os processos de atendimento à pessoa soropositiva nos diversos níveis de atenção, a dificuldade de comunicação entre os profissionais que possuem experiências e formações distintas, a dificuldade de comunicação para a promoção do retorno do usuário ao serviço de Atenção Básica e um maior interesse e atuação dos gestores dos serviços de saúde (Silva et al., 2005).

De acordo com estudo feito pela Coordenação Nacional de DST/aids, observou-se que um dos principais fatores associados à baixa qualidade da assistência é da organização dos serviços. Ainda é falho o sistema de referência da rede pública; há uma demanda grande de pessoas recebendo tratamento com ARV, pessoas que ainda não estão recebendo, novas equipes de trabalho, novos serviços que ainda não têm a sensibilidade de uma ausculta das necessidades dos usuários ou que não têm conhecimento suficiente sobre os efeitos colaterais dos medicamentos (Veloso, 2003).

Uma demanda da Coordenação Nacional de DST/aids, para ampliação das ações de DST/aids na rede básica, reuniu verba para capacitação das equipes da ESF. Isso possibilitou que em São Paulo a Coordenação Estadual de DST/aids retomasse a discussão com a Coordenação da ESF para elaborar um documento descrevendo as ações de prevenção e assistência às DST/aids e suas diretrizes, seguindo os princípios do SUS, e para estabelecer a rede básica como “espaço de alta resolubilidade dos problemas de saúde da população” (Monteiro, Oliveira, 2007, p. 16).

Oficinas foram realizadas com um grupo ampliado de representantes dos municípios e da rede básica, que resultaram num documento denominado “Ações de prevenção e assistência às DST/aids na rede de Atenção Básica à Saúde do Estado de São Paulo”, depois denominada “Cartilha da Atenção Básica” (Monteiro, Oliveira, 2007).

Ainda nessas oficinas, foi realizado um levantamento com 24 Direções Regionais de Saúde e 39 municípios, no período de 2000 a 2001, que verificou o acúmulo de funções dos interlocutores dos programas de DST/aids, falta de planejamento conjunto de ações, de integração entre as equipes de diversas áreas programáticas, de diretrizes e compromisso de gestores e dos profissionais, de organização dos serviços quanto à articulação à referência e a contrarreferência nos diversos níveis, recursos humanos reduzidos e sobrecarregados, falta de capacitação, recursos materiais e financeiros insuficientes (Monteiro, Oliveira, 2007).

Na construção de um modelo descentralizado das ações de prevenção e assistência às DST/HIV/aids no Estado de São Paulo, elaborou-se o projeto denominado “Ações programáticas integradas em DST/aids na atenção básica”, com três frentes de atuação: 1) construção de um modelo integrado de ações programáticas em DST/aids; 2) implantação e implementação das ações de prevenção e assistência de DST/aids na rede de atenção básica; e 3) monitoramento e avaliação das ações de prevenção e assistência às DST/aids na rede de atenção básica (Paula et al., 2007).

Seguindo diversos critérios de inclusão como indicadores epidemiológicos específicos da aids, entre outros, participaram desse projeto 30 municípios, pertencentes às Direções Regionais de Saúde de Mogi das Cruzes, Registro, Santos, São José dos Campos e São José do Rio Preto. Os gerentes¹⁵ das UBS responderam a um questionário, aplicado de junho de 2003 a janeiro de 2004. Em seguida, da análise dos dados, cada município recebeu o resultado em apresentação chamada de devolutiva¹⁶ (Paula et al., 2007).

Resultados dessa investigação mostram que os processos de trabalho na Atenção Básica podem ser discutidos com os diversos profissionais, que se podem uniformizar informações, padronizar condutas, levantar necessidades de capacitação, formular protocolos para

¹⁵ De acordo com o Modelo de Organização da Atenção Básica de São Paulo, como estratégia de ação consta: “Instituir o cargo/função de coordenador de unidade: para adequado funcionamento da unidade de saúde é importante a definição de um profissional (‘gerente da unidade’) com reconhecimento formal e com capacidade técnica para ser responsável pela coordenação, planejamento, avaliação e supervisão da atenção prestada pela UBS”. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo. Documento Norteador da Atenção Básica no Estado de São Paulo. São Paulo; 2010.

¹⁶ Devolutiva é o momento no qual profissionais e representantes dos demais níveis de gestão municipal, como das DST/aids da Direção Regional de Saúde, áreas programáticas da Atenção Básica, ESF, Saúde da Mulher, DST/aids, assistência farmacêutica, laboratorial, vigilância epidemiológica, gestor municipal, gerentes e profissionais das UBS, discutem as informações e os dados coletados do questionário respondido pelos diretores dos serviços de atenção básica da rede de saúde municipal. São Paulo. (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Guia de referências técnicas e programáticas para as ações do plano de eliminação da sífilis congênita. São Paulo; 2010.

atendimentos à gestante, aos usuários portadores de DST/HIV/aids, entre outros, como também é possível a interação entre equipe multiprofissionais, gerentes das UBS, coordenadores das áreas programáticas e gestores municipais (Monteiro, Oliveira, 2007).

Isso remete à necessidade de analisar a organização dos serviços, analisar as experiências que estão sendo construídas no seu cotidiano entre seus atores sociais (gestores em saúde, profissionais e usuários), na busca de uma política de saúde que privilegia o sujeito/profissional e não o objeto/profissional (Mattos, 2009a). E reforça que na Atenção Básica é possível desenvolver ações de prevenção e assistência às DST, sendo um caminho para concretização do SUS; porém, alerta que há obstáculos a serem enfrentados para se alcançar a integralidade na atenção ao HIV/aids (Ayres, 2007; Paula et al., 2007; Assis, Assis, Cerqueira, 2008).

Há uma discussão da resolubilidade do sistema de saúde, dos serviços de Atenção Básica, da qualidade, da humanização, do acesso e dos resultados tanto individuais quanto coletivos, guiados por um financiamento sempre insuficiente para o cuidado (Magalhães Júnior, Oliveira, 2006; Fortes, 2009).

O MS tem promovido avaliações da política de saúde e dos serviços, ao possibilitar estruturação do sistema de informação e de indicadores da assistência à saúde da população; esse esforço, porém, tem sido insuficiente na percepção das mudanças qualitativas dos serviços quanto às mudanças organizacionais da assistência necessária para a manutenção dos princípios do SUS (Silva Júnior et al., 2006).

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS)¹⁷, do MS, subagenda de saúde 22 – Dinâmica e Compreensão dos Sistemas e Políticas de Saúde, estabelece a importância de se desenvolverem: “22.2.1 Estudos sobre organização básica do sistema, **integralidade**,

¹⁷ A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) tem como pressuposto atender as necessidades nacionais e regionais de saúde e induzir de forma seletiva a produção de conhecimentos, bens materiais e serviços em áreas estratégicas para o desenvolvimento das políticas sociais em vigor.

descentralização, regionalização, intersetorialidade, cobertura, acesso e continuidade, qualidade e efetividade” (Brasil, 2008c).

Isso corrobora mais uma vez para a necessidade de que mais estudos sejam feitos sobre a organização dos serviços como eixo estruturante de mudança para formação de políticas públicas de saúde, dos serviços e suas práticas. Prima-se por um modelo de atenção à saúde que traga a integralidade como um novo paradigma de escuta e resposta às demandas e necessidades de sujeitos, grupos e coletividades (Machado et al., 2007).

2 OBJETIVOS E FINALIDADES

2 OBJETIVOS E FINALIDADES

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a vulnerabilidade programática na atenção às DST/HIV/aids nas UBS da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil, para efetivação do princípio da integralidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as UBS segundo as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), as Supervisões Técnica de Saúde (STS), os modelos de organização da atenção à saúde, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) em contratos de gestão ou convênios na cogestão da saúde com a SMS de São Paulo e a formação profissional do gerente.
- Identificar o grau de Vulnerabilidade Programática de Estrutura e Dinâmica de Organização do Serviço de Saúde e de Operacionalização das Ações na atenção às DST/HIV/aids, das UBS, segundo as CRS, os modelos de organização da atenção à saúde, as OSS em contratos de gestão ou convênios na cogestão da saúde com a SMS de São Paulo.
- Discutir a Vulnerabilidade Programática das UBS de Estrutura e Dinâmica de Organização do Serviço de Saúde e de Operacionalização das Ações na atenção às DST/HIV/aids, segundo componentes: *acessibilidade, porta de entrada, vínculo, enfoque familiar, profissionais da saúde e coordenação/integração.*

2.3 FINALIDADES

Este estudo tem a finalidade de contribuir com a produção do conhecimento, o debate e com a reorientação das práticas de atenção ao HIV/aids nas UBS no Município de São Paulo e fornecer subsídios para as políticas públicas efetivarem o princípio da integralidade no enfrentamento do HIV/aids.

3 MATERIAS E MÉTODOS

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 PERSPECTIVA CONCEITUAL: VULNERABILIDADE

Como diretriz que guiou a condução da pesquisa e o percurso de análise, tomou-se a vulnerabilidade como referência conceitual.

Na área da saúde foi formulada por um grupo de epidemiologistas e defensores dos direitos humanos, ligados à Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard (Ayres et al., 2006). Esse grupo ampliou o saber necessário para responder à pandemia do HIV com a publicação do livro *AIDS in the World* em 1992, organizado pela Coalizão Global de Políticas contra a Aids (Mann, Tarantola, Netter, 1993; Lopes, 2003).

No Brasil, o conceito tem sido estudado por pesquisadores da área da Saúde Coletiva, como Ayres et al. (1996; 1999; 2006; 2007). A enfermagem vem contribuindo com o adensamento do conceito; destacam-se os estudos de Takahashi (2006), Muñoz-Sánchez, Bertolozzi (2007), Nichiata et al. (2008), entre outros pesquisadores, que têm colaborado com investigações, ações e políticas para o controle da epidemia.

Na revisão do conceito de vulnerabilidade, autoras como Nichiata, Bertolozzi, Takahashi e Fracolli (2008) explicam que o termo é derivado do latim, do verbo *vulnerare*, quer dizer, “provocar um dano, uma injúria”. Na área da saúde, designa “suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde”. Para além dessa perspectiva mais individual, o conceito de vulnerabilidade compreende um conjunto de contextos coletivos, ambas dimensões interconectadas e que possibilitam maior exposição ou menor proteção ao HIV/aids (Ayres, 1996; Bertolozzi et al., 2009).

Diferencia-se do conceito de Risco, central nos estudos em epidemiologia. Neste último, buscam-se identificar nas pessoas características (fatores) que as tornam com mais ou menos risco de exposição a um determinado agravo de saúde, como a infecção pelo HIV (Ayres et al., 2006). De tal forma, utiliza-se de análise estatística para

estabelecer associações entre os fatores identificados, predizendo maior ou menor risco para, por exemplo, adoecer ou morrer (Nichita et al., 2008; Bertolozzi et al., 2009).

A epidemiologia utiliza instrumentos teóricos que traduzem a probabilidade de um indivíduo, de qualquer grupo exposto a um determinado agravo ou condição, também pertencer a esse grupo, ou seja, dos “afetados” (aspas das autoras). Diferentemente, a vulnerabilidade busca compreender os elementos abstratos associados ao processo de adoecimento, de forma particularizada, tentando expressar os potenciais de adoecimento/não adoecimento que toda pessoa possa vir a desenvolver em determinado conjunto de condições (Ayres et al., 2006).

[...] a noção de vulnerabilidade busca responder à percepção de que chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela aids não é resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (Ayres et al., 2006, p. 396).

A operacionalização da vulnerabilidade possibilita um modo de avaliar objetiva, ética e politicamente as condições de vida que tornam indivíduos e grupos expostos ao problema e os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para o seu enfrentamento. É importante destacar que no sentido da vulnerabilidade estão contidas, simultaneamente, a resistência e capacidade criadora dos indivíduos e grupos para superação. A relação *vulnerabilidade/empowerment* é indissolúvel, uma e outra são necessariamente interdependentes (Ayres et al., 1999; 2006; Meirelles, Ingrassia, 2006; Muñoz-Sánchez, Bertolozzi, 2007).

Alguém ou algum grupo social está mais ou menos vulnerável na medida em que há condições de *empowerment*, traduzido melhor para o sentido de emancipação (Mann, Tarantola, Netter, 1993; Ayres, 1996; Ayres, 2006).

A vulnerabilidade consiste na intersecção do *entitlement*, que se refere ao direito das pessoas, da emancipação, concernente à sua participação política e institucional, e da política econômica, referente à organização estrutural-histórica da sociedade e suas decorrências (Ayres, 2006).

Assim, o que leva uma pessoa a adoecer é determinado por um conjunto de condições, que não se limita apenas ao seu comportamento. Essa pessoa está inserida num contexto sociopolítico-cultural-econômico e de oferta de serviços de saúde que podem fortalecer ou não uma proteção maior ou menor contra a doença (Nichiata et al., 2008).

Para Muñoz-Sánchez e Bertolozzi (2007), o conceito de vulnerabilidade privilegia o plano do coletivo, como unidade analítica cuja estrutura é marcada por um referencial ético-filosófico, que busca a interpretação crítica dos fenômenos, transcendendo à abordagem que se restringe à responsabilidade individual, como a empregada tradicionalmente nos estudos que analisam o papel da pessoa na trama de causalidade do processo saúde-doença.

O conceito de vulnerabilidade ao HIV/aids foi desenvolvido na tentativa de discutir os diferentes graus de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV. As vulnerabilidades individual e coletiva (social e programática) são descritas a seguir:

a) Vulnerabilidade individual: é a ação individual de prevenção diante das condições de resposta ao HIV, pois todos são vulneráveis, porém, em graus diferenciados. Entende-se que os aspectos cognitivos, como as características pessoais (idade, sexo, raça, entre outros), desenvolvimento emocional, conhecimento, acesso às informações corretas e atualizadas, capacidade de compreensão das informações; os aspectos comportamentais, como motivação e interesse para elaborar e transformar atitudes preventivas em ações, e sociais, como o acesso aos recursos, capacidade de negociar práticas sexuais seguras, crenças e valores, contribuem para delimitar essas diferenças.

b) Vulnerabilidade social: composta pela economia, políticas públicas, em especial de educação e saúde, cultura, ideologia, cidadania, religião, as relações de gênero, entre outros, que definem a vulnerabilidade individual e programática.

c) Vulnerabilidade programática ou institucional: é o elo entre as duas primeiras dimensões, constituindo um espaço de garantia dos direitos para atender às necessidades de saúde, organização e distribuição dos recursos para prevenção e controle, as metas e ações propostas nos programas de DST/aids. Contribui com a possibilidade de conferir maior integralidade às ações de saúde, fortalecendo intervenções que considerem suas três dimensões e a influência exercida pelos seus componentes (Mann, Tarantola, Netter, 1993; Ayres, 1996; Ayres, 2006; Takahashi, 2006; Nichiata et al., 2008).

Considerando a inter-relação entre as dimensões, o presente estudo elege como recorte analítico a dimensão da Vulnerabilidade Programática, entendendo que esta possibilita analisar a integralidade das ações de prevenção e assistência, de tratamento, de pré-natal, puerpério e de integração na atenção às DST/HIV/aids nas UBS da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo, São Paulo, Brasil, com o propósito de contribuir para que gestores da Atenção Básica, gerentes e equipes dos serviços de saúde reorientem suas práticas de atenção às DST/HIV/aids.

Mann, Tarantola e Netter (1993), ao estudarem a pandemia de HIV/aids na década de 1990, propuseram os seguintes parâmetros para análise da dimensão programática, relativos aos programas nacionais de diferentes países:

1. expressão do compromisso: compromisso e ações efetivas das autoridades para enfrentar o problema, criação de programas e comitê consultivo multidisciplinar, multissetorial e nacional para formulação de políticas e tomada de decisões;

2. transformação do compromisso em ação: união interinstitucional e intersetorial (informações, educação, **serviços** sociais e de **saúde**, trabalho) para ação e respeito aos direitos humanos;
3. desenvolvimento da coalizão: parcerias entre os setores governamentais e não governamentais, com delegação de autoridades e recursos para implementação de programas;
4. planejamento e coordenação: um plano de ação abrangente com ênfase na **prevenção**, atenção para grupos populacionais mais vulneráveis e atenção aos elos entre os **serviços** sociais e de **saúde** básicos;
5. gerenciamento: **treinamento e disponibilidade de recursos humanos, uso eficaz das estruturas e serviços existentes, e ações inovadoras e dinâmicas**;
6. respostas às necessidades de prevenção individuais e coletivas, fornecendo informações, **suprimentos, equipamentos, serviços** sociais e de **prevenção**, priorizando intervenções e recursos;
7. respostas às necessidades de tratamento: **acesso e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, priorizando intervenções e recursos**;
8. obtenção de recursos financeiros: recursos financeiros adequados para implantação e continuidade dos programas;
9. sustentação do esforço: sintonia entre os programas institucionalizados e as aspirações da sociedade;
10. avaliação do progresso: avaliação e retroalimentação dos programas;
11. avaliação do impacto: avaliações periódicas dos programas sobre as tendências comportamentais e epidemiológicas, bem como aplicação desses resultados para desenvolver políticas e programas.

Encontram-se contidos nos parâmetros avaliativos apresentados aspectos relativos ao âmbito dos serviços de saúde, responsáveis por traduzir e operacionalizar a política de saúde, identificados na presente investigação nos itens 2, 4, 5, 6 e 7.

Qualificando a vulnerabilidade programática no que diz respeito aos serviços de saúde, Takahashi (2006) identifica contextos relacionados à Estrutura e Dinâmica de Organização dos Serviços de Saúde e à Operacionalização das Ações, Quadro 1.

Quadro 1 - Marcadores de Vulnerabilidade Programática de Estrutura e Dinâmica de Organização do Serviço de Saúde e Operacionalização das Ações em DST/HIV/aids.

Estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde
• Horário de atendimento nos serviços de saúde incompatível com o trabalho do usuário
• Demora nos atendimentos
• Número insuficiente de vagas
• Falta de integração entre as ações desenvolvidas pelos profissionais
• Tempo insuficiente para cada atendimento
• Falta de acesso aos serviços especializados em DST e aids
• Desarticulação com outros serviços de saúde
• Lentidão no fluxo de ações para testagem sorológica ao HIV em UBS
• Rotatividade e frequência irregular de profissionais
• Sobrecarga de trabalho dos profissionais
• Qualificação insuficiente dos profissionais para o manejo clínico e abordagem de aspectos correlatos a aids
• Disponibilidade irregular de recursos para o diagnóstico da infecção e prevenção da transmissão do HIV

continua

continuação

Estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde
• Divulgação insuficiente da importância do diagnóstico precoce do HIV
• Divulgação insuficiente dos serviços especializados em DST e aids
• Inexistência de benefícios à pessoa com aids nos serviços de saúde (como oferta de lanche)
Operacionalização das ações
• Diagnóstico tardio do HIV
• Realização simultânea do diagnóstico da infecção pelo HIV e aids
• Diagnóstico tardio da soropositividade ao HIV na gravidez
• Ausência de orientação e encaminhamento para serviço especialização em DST e aids, após o diagnóstico da infecção pelo HIV
• Desconhecimento do resultado e do significado do teste sorológico ao HIV
• Instituição tardia da terapêutica medicamentosa
• Intervenção restrita à clínica e não aos determinantes dos comportamentos dos usuários
• Imposição de medidas preventivas à transmissão do HIV
• Não realização da investigação epidemiológica da infecção pelo HIV nos parceiros
• Realização inadequada ou não realização do aconselhamento pré e pós-teste ao HIV
• Representações sociais dos profissionais sobre a aids (associadas a aspectos negativos)
• Desconhecimento sobre os significados da doença para o usuário e do impacto do diagnóstico em sua vida
• Ações de discriminação ao usuário no momento de revelação do diagnóstico
• Desaprovação da gravidez na mulher com aids

continua

continuação e conclusão

Operacionalização das ações
• Ausência de parceria/aliança com familiares dos usuários
• Inexistência ou má qualidade do acolhimento ao usuário
• Diferença entre a linguagem do profissional e do usuário
• Desvalorização da escuta
• Ausência de espaço para que o usuário compartilhe seus sentimentos
• Vínculo insuficiente entre os profissionais e as pessoas com aids
• Concepção dos profissionais sobre cuidado
• Assistência unilateral, fragmentada, impessoal e descontínua
• Desconhecimento de outras necessidades e problemas de saúde decorrentes ou não da aids, que extrapolam as características biológicas e clínicas
• Imobilidade ou sentimento de impotência do profissional frente à complexidade das necessidades das pessoas com aids
• Falta de compromisso do profissional no atendimento das necessidades de saúde das pessoas com aids
• Operacionalização incompleta das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV
• Inexistência de avaliação da assistência
• Inexistência e/ou incompletude do registro de dados nos prontuários clínicos sobre a evolução e assistência realizada
• Insatisfação da pessoa com aids com o atendimento recebido

Fonte: Adaptado de Takahashi RF. Marcadores de Vulnerabilidade à infecção, adoecimento e morte por HIV e aids [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

A análise da integralidade na atenção ao HIV/aids nas UBS da SMS de São Paulo toma como ponto de partida os marcadores¹⁸ de vulnerabilidade programática desenvolvidos pela autora, ampliando-se os componentes que constituem essa dimensão.

Considera-se que os atores sociais (gestores, profissionais e usuários) são quem mais bem traduzem a realidade da prática da integralidade e, portanto, podem contribuir para um novo paradigma de atendimento e consolidação do SUS.

Tendo isso exposto, o estudo busca respostas para as seguintes questões:

- *como* está caracterizada a organização das UBS e *quais* práticas são desenvolvidas com relação às DST/HIV/aids, nas UBS no Município de São Paulo para efetivação da integralidade?
- *quais* as vulnerabilidades programáticas nas UBS para efetivação da integralidade e *quais* são os desafios para sua superação com relação às DST/HIV/aids?

3.2 HIPÓTESE DO ESTUDO

As UBS possuem vulnerabilidades de âmbito programático que dificultam a efetivação do princípio da integralidade como modo de organizar as práticas com relação às DST/HIV/aids.

¹⁸ Marcador na área da saúde se refere a *aquela que marca ou serve para marcar*, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde da Bireme, tendo o sentido de qualificar. Desse modo, marcador de vulnerabilidade qualifica as dimensões – individual e coletiva – “cuja presença ou ausência definem e caracterizam a dimensão da vulnerabilidade”. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Gryscek ALPL, Araújo NVD, Padoveze MC, Ciosak SI et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. Rev esc enferm USP. 2011;45(spe2):1769-73.

3.3 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal. Este é utilizado para descrever fatos ou fenômenos de modo detalhado. Com ele buscam-se caracterizar os sujeitos do estudo, grupos, instituições, situações ou a frequência de ocorrência de um fenômeno. Os dados apontam ações para planejar melhorias em práticas de atenção à saúde. Para tanto, são usadas técnicas padronizadas para coleta de dados e instrumentos, como formulário, questionários, observação sistemática. Os estudos com cortes transversais analisam dados num único momento no tempo e possibilitam que grandes quantidades deles sejam coletados, disponibilizando os resultados prontamente (LoBiondo-Wood, Haber, 2001).

3.4 CENÁRIO DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no Município de São Paulo, que possui 96 distritos, 31 subprefeituras e 5 Coordenadorias da Assistência Social (CAS).

Em 2010, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do município de São Paulo era de 11.253.503 habitantes. É a capital do Estado mais populoso do Brasil, São Paulo, e apresenta uma densidade demográfica de 7.387,69/km². Apesar de ser reconhecido como um dos mais importantes centros econômico-cultural do País, apresenta diversos déficits, devido ao seu padrão de urbanização, com uma distribuição desigual de suas riquezas, mantendo concentração de pessoas excluídas e marcadas pela desigualdade social. Existem mais pessoas vivendo no município de São Paulo do que em todo o Rio Grande do Sul (10.693.929) e Paraná (10.444.526), entre outros Estados (IBGE, 2010).

A maioria da população é urbana, constituída 52,6% por mulheres e 53,5% de adultos com 20 a 59 anos de idade e da cor branca, seguida de parda, preta, amarela e indígena. (São Paulo, 2010d; IBGE, 2010).

Segundo o Índice de Envelhecimento produzido pela Fundação Seade para 2010, os maiores percentuais de pessoas com mais de 60 anos estão nos distritos considerados mais ricos da cidade (Itaim Bibi, Pinheiros e Consolação), enquanto nos mais pobres a proporção ainda é muito baixa (Vila Andrade, Jardim Ângela e Grajaú) (São Paulo, 2010d).

Outro indicador composto que auxilia a compreensão da desigualdade na cidade de São Paulo é o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), criado pela Fundação Seade em 2004, com a composição de indicadores socioeconômicos e demográficos. É possível verificar que 12,9% da população da cidade encontrava-se em 2004 em Alta e Muito Alta Vulnerabilidade Social, a qual concentra o número de domicílios familiares mais pobres do município de São Paulo (São Paulo, 2010d).

Nesse índice, a maior concentração da população residente nos setores censitários de Alta e Muito Alta Vulnerabilidade Social está nas CAS Sul (36,9%) e Leste (30,2%), seguida pelas CAS Norte (14,5%), Sudeste (12,8%) e Centro Oeste (5,6%). Portanto, 26% da população vulnerável da cidade pertence à CAS Sul, nas subprefeituras Capela do Socorro, M'Boi Mirim e Campo Limpo (São Paulo, 2010d).

Na cidade de São Paulo, uma grande parcela da população vive nas ruas, em níveis de extrema pobreza, apesar de o município ser pioneiro no desenvolvimento de ações públicas para essa população, que se concentra na região central da cidade. Em 2006 eram 1.842 crianças e adolescentes em situação de rua na cidade de São Paulo (São Paulo, 2010d).

Ao mesmo tempo, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) mostra que São Paulo melhorou, aumentando, de 1991 a 2000, seu valor de 0,805 para 0,841. A dimensão que mais contribuiu para esse

crescimento foi a Educação (47,4%), seguida pela Longevidade (32,7%) e por último a Renda (196%) (São Paulo, 2007c).

Segundo o Plano de Assistência Social da cidade de São Paulo (PLAS 2009/2012), na CAS Centro-Oeste está a “maior concentração de população em situação de vulnerabilidade social em suas áreas periféricas”, com presença de favelas e 60% da população em situação de rua na área central, além de cortiços na região Sé (São Paulo, 2010d).

Na CAS Leste está o maior complexo de conjuntos habitacionais da América Latina. São 40 mil unidades, 17 favelas e 19 áreas de risco; possui ocupações irregulares e/ou em áreas de preservação ambiental; falta infraestrutura, o que favorece a ocorrência de enchentes e desmoronamentos; devido à grande demanda, a oferta de serviços públicos das áreas de educação, saúde e assistência social são insuficientes; possui grande contingente de moradores em áreas não oficialmente reconhecidas e há forte concentração de trabalhadores na economia informal (São Paulo, 2010d).

Na CAS Sul, existem diversas construções irregulares em loteamentos clandestinos e grande número de favelas (em vales e margens de córregos). Há áreas rurais, entre elas duas aldeias indígenas. Possui população em situação de rua, principalmente em Santo Amaro. Crianças e adolescentes trabalham nas áreas centrais e áreas rurais, estas na época de colheita nas lavouras (São Paulo, 2010d).

Na CAS Sudeste, há 202 favelas com 84.606 domicílios, sendo 18 em áreas de risco; há cortiços e população em situação de rua, apesar da boa infraestrutura urbana na região, equipamentos públicos de esporte e lazer e importante área comercial (São Paulo, 2010d).

A CAS Norte possui grande número de pessoas vivendo em áreas de risco; são diversos pontos devido ao relevo acidentado, e habitações precárias construídas às margens de córregos; há alta incidência de trabalho infantil; ocupações irregulares em encostas; são 101 favelas, bolsões de

miséria ao longo das Rodovias Fernão Dias e Anhanguera, ligações irregulares de água e energia, ausência de calçamento, pavimentação, transporte público e serviço de coleta de lixo (São Paulo, 2010d).

3.4.1 A Secretaria Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) compõe a divisão administrativa do território em cinco CRS: CRS Centro-Oeste, CRS Leste, CRS Norte, CRS Sudeste e CRS Sul, subdivididas em 24 STS que são responsáveis pelos distritos de sua área de abrangência (Figura 2).

Figura 2 – Mapa com as Coordenadorias Regionais de Saúde por Subprefeitura e Distrito Administrativo. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.

Fonte: São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadorias Regionais de Saúde [internet]. São Paulo; 2012. [atualizado 2012; citado 2012 fev. 02]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=6541>

Em agosto de 2012 havia 442 UBS sob gestão municipal (Tabela 1).

TABELA 1 - Distribuição das UBS segundo Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Município de São Paulo, São Paulo. 2012.

COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE/ SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE	CEInfo	
	UBS	
	Nº	%
CENTRO-OESTE	34	100,0
Butantã	13	38,2
Lapa/Pinheiros	13	38,2
Sé	8	23,6
LESTE	113	100,0
Cidade Tiradentes	12	10,6
Ermelino Matarazzo/São Miguel	27	23,8
Guaianases	14	12,4
Itaim Paulista	15	13,5
Itaquera	23	20,3
São Mateus	22	19,4
NORTE	86	100,0
Casa Verde/Cachoeirinha	12	13,9
Freguesia do Ó/Brasilândia	17	19,8
Pirituba/Perus	26	30,2
Santana/Tucuruvi/Jaçanã/Tremembé	19	22,2
Vila Maria/Vila Guilherme	12	13,9

continua

continuação e conclusão

COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE/ SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE	CEInfo	
	UBS	
	N	%
SUDESTE	90⁽¹⁾	100,0
Ipiranga	18	20,2
Mooca/Aricanduva/Formosa/Carrão	17	19,1
Penha	19	21,3
Vila Mariana/Jabaquara	13	13,6
Vila Prudente/Sapopemba	23	25,8
SUL	119	100,0
Campo Limpo	28	23,5
Capela do Socorro	18	15,1
M' Boi Mirim	31	26,1
Parelheiros	18	15,1
Santo Amaro/Cidade Ademar	24	20,2
Total	442	100,0

Fonte: São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. CEInfo. Relação dos estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde [internet]. São Paulo; 2012. [citado 2012 set. 03]. Disponível em: [http://intranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao/TabelaEstabServCRSS TS.pdf](http://intranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao/TabelaEstabServCRSS%20TS.pdf)

Obs.: (1) Acrescentada uma UBS que não constava no Boletim CEInfo.

Para o atendimento da demanda da população das cinco CRS, a SMS e a Prefeitura Municipal de São Paulo disponibiliza equipamentos e serviços de saúde, como pode ser observado no Quadro 2.

Quadro 2 - Número de Estabelecimentos/Serviços Próprios da Secretaria Municipal de Saúde por Coordenadoria Regional de Saúde – Agosto de 2012.*

Estabelecimentos/ Serviços Próprios	Centro- Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul	Total Estabele cimento/ Serviços
HM – Hospital Municipal	3	4	4	5	2	18
PSM – Pronto Socorro Municipal	3	1	4	1	3	12
PA – Pronto Atendimento	-	3	-	-	1	4
AE – Ambulatório de Especialidades	2	4	4	7	4	21
AMA – Assistência Médica Ambulatorial	10	32	22	31	25	120
AMA E – Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades	2	4	5	3	5	19
UBS – Unidade Básica de Saúde	34	113	86	90 ¹	119	442
Saúde Mental Total: 109 Unidades/Serviço						
AE SM – Ambulatório de Especialidades de Saúde Mental	1	-	1	-	-	2
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas	4	6	4	8	3	25
CAPS Adulto – Centro de Atenção Psicossocial Adulto	4	7	6	6	6	29
CAPS Inf. – Centro de Atenção Psicossocial Infantil	2	5	5	6	5	23

continua

continuação

Estabelecimentos/ Serviços Próprios	Centro- Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul	Total Estabele cimento/ Serviços
Saúde Mental Total: 109 Unidades/Serviço						
CECCO – Centro de Convivência e Cooperativa	2	4	5	5	5	21
RT – Residência Terapêutica	5	3	5	6	5	24
RTE - Residência Terapêutica Especial/ Acolhimento	2	1	4	1	2	10
SAID – Serviço de Atenção Integral ao Dependente	-	-	-	1	-	1
Saúde Bucal Total: 30 Unidades						
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas	3	4	4	6	6	23
COE – Clínica Odontológica de Especialidades	-	3	1	2	-	6
Clínica Odontológica	-	-	-	1	-	1
DST/AIDS Total: 25 Unidades						
AMB ESPEC	-	-	-	2	-	2
CR – Centro de Referência	-	-	1	1	1	3
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento	1	5	1	1	2	10
SAE – Serviço de Atendimento Especializado	3	2	1	2	2	10

continua

continuação e conclusão

Estabelecimentos/ Serviços Próprios	Centro- Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul	Total Estabele- cimento/ Serviços
UAD – Unidade de Assistência Domiciliar	3	12	8	8	6	37
NIR – Núcleo Integrado de Reabilitação	3	10	8	7	6	34
NISA – Núcleo Integrado de Saúde Auditiva	3	3	3	4	4	17
URSI – Unidade de Referência Saúde do Idoso	2	-	2	2	2	8
CRST – Centro de Referência Saúde do Trabalhador	2	1	1	1	1	6
Centros de Ref. Medic. Tradic., Homeop. e Práticas Integrativas de Saúde	1	2	-	1	-	4
Laboratório	1	1	1	1	1	5
CDI – Centro de Diagnóstico por Imagem	1	1	-	-	-	2
CREN – Centro de Recuperação e Educação Nutricional	-	1	-	1	-	2
SUVIS – Supervisão de Vigilância em Saúde **	3	7	6	5	5	26
Outros Estabelecimentos	-	1	2	2	0	5
Total	100	240	194	217	221	972

Fonte: Adaptado de: São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. CEInfo. Número de estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde. [internet]. São Paulo; 2012. [citado 2012 set. 03]. Disponível em: <http://intranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao/TabelaEstabServCRSSTS.pdf>

* Dados preliminares sujeitos à revisão. 15/08/2012.

** SUVIS: serviço cadastrado desde 2003. Incluído na tabela de estabelecimentos a partir de agosto de 2010. **Obs.:** (1) Acrescentada uma UBS que não constava no Boletim CEInfo.

Segundo a SMS, em outubro de 2010, a cidade de São Paulo possuía 436 UBS, das quais 256 eram ESF com 1.196 equipes, uma cobertura de 43,2%. A meta para 2012 é de 1.224 equipes com ESF e cobertura de 44,3% (São Paulo, 2010a).

No estudo, inicialmente o projeto havia estabelecido o objetivo de analisar os processos de trabalho para o enfrentamento do HIV/aids na ESF, modelo assumido pela Secretaria da Saúde como prioritário para o desenvolvimento da Atenção Básica municipal. No decorrer do desenvolvimento do projeto, na fase de sua apresentação junto à SMS, área de Atenção Básica e Programa de DST/aids, entendeu-se que este deveria ser estendido a todas as UBS, não só àquelas que realizam a ESF, justificado pela importância do projeto e considerando a existência de importante rede de serviços de saúde da Atenção Básica onde não está implantada a ESF.

Dessa forma, significou em termos metodológicos a ampliação das Unidades de Saúde eletivas do estudo, de cerca de 250 para 442 unidades, ou seja, ampliação do universo de UBS elegíveis para a pesquisa.

A seleção das UBS de cada uma das CRS foi por conveniência a partir de um convite feito ao seu gerente.

3.5 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram os gerentes das UBS da SMS de São Paulo, por terem visão ampla das atividades realizadas no serviço de saúde e serem os responsáveis pela gestão e planejamento das ações. Os gerentes foram orientados a se reunir com as equipes de saúde da UBS para responder à pesquisa, dado que não se buscou investigar sua opinião.

3.6 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Foi elaborado um instrumento para a coleta dos dados tendo como base o questionário de “Monitoramento dos Processos de Descentralização das Ações em DST/aids na Atenção Básica”, do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS - SP, da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (São Paulo, 2011f). Também foi utilizada como referência a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2006b).

Foi criado em maio de 2011 um instrumento para ser preenchido de forma *online*, na plataforma FormSUS, que é um sistema para criação de formulários e que garante maior agilidade, estruturação e qualidade para coleta de dados. O FormSUS é um serviço oferecido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

O instrumento elaborado com 51 questões mistas (respostas fechadas e abertas) continha os seguintes blocos: 1) Identificação: nome da unidade e coordenadoria; 2) Caracterização das UBS quanto ao modelo de organização da atenção à saúde, parcerias de saúde e formação profissional do gerente; 3) Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids; 4) Caracterização das ações de pré-natal e puerpério em relação a atenção às DST/HIV/aids; 5) Caracterização geral das UBS em relação às DST/HIV/aids (**APÊNDICE 1**).

As parcerias de saúde são contratos de gestão ou convênios entre a SMS com OSS na cogestão das UBS. Neste estudo as OSS foram classificadas conforme o Quadro 3.

Quadro 3 – Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Município de São Paulo.

OSS	CLASSIFICAÇÃO	HISTÓRICO
Associação Comunitária Monte Azul ¹	Associação	Associação constituída em 1979, com fins filantrópicos e sem fins lucrativos.
Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC) ²	Religiosa	Associação Congregação de Santa Catarina V.M., surgiu em 1583 com madre Regina Protmann, em Braunsberg, Alemanha (hoje Braniewo, Polônia). É instituição filantrópica sem finalidades lucrativas, destinada única e exclusivamente a prestar assistência social, promoção, prevenção e atenção à saúde, educação e demais atividades afins à população em geral, nela incluídos os trabalhadores carentes da construção civil.
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) ³	Associação	Fundada em 1933, é dirigida por um conselho administrativo, constituído pelos membros da antiga Congregação da Escola Paulista de Medicina, atual Conselho Universitário da UNIFESP, com a qual mantém estreita relação; seu objetivo comum é servir ao ensino, à pesquisa e à assistência médica, além de manter o Hospital São Paulo – Hospital Universitário da UNIFESP.
Associação Santa Marcelina ⁴	Religiosa	Associação de direito privado, de natureza confessional, educacional, cultural, assistencial, beneficente e filantrópica, sem fins econômicos e lucrativos, de caráter educacional, cultural e de assistência social, constituída sob os ensinamentos e carisma do beato Monsenhor Luigi Biraghi. Teve início em 1915.
Associação Saúde da Família (ASF) ⁵	Associação	Constituída em outubro de 1992, é uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com duração por prazo indeterminado e regido pelo presente estatuto e legislação pertinente, sem qualquer vinculação política ou religiosa.

continua

continuação

OSS	CLASSIFICAÇÃO	HISTÓRICO
Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” (CEJAM) ⁶	Associação	Criada em 1991. Pessoa jurídica de direito privado, é uma entidade sem fins lucrativos, com duração por prazo indeterminado e regida por estatuto próprio, legislação pertinente e sem qualquer vinculação política ou religiosa.
Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto ⁷	Religiosa	Ligado à Pastoral do Menor, o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto – BOMPAR – foi fundado em 1946, na Zona Leste de São Paulo, com o objetivo de desenvolver ações de formação e capacitação profissional para mulheres de baixa renda do bairro Tatuapé. Hoje, em 58 unidades, atende crianças, adolescentes, jovens e suas famílias, adultos em situação de rua e idosos são beneficiados com os programas socioeducativos desenvolvidos pelo BOMPAR.
Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP) ⁸	Universitária	Teve início em 1914. Em 1923 virou Colégio Adventista. Depois virou Instituto Adventista de Ensino e atualmente Centro Universitário Adventista de São Paulo.
Fundação Faculdade de Medicina (FFM) ⁹	Universitária	Criada em 1986. Pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, tem por objetivo atividades de utilidade pública consistentes na prestação e desenvolvimento da assistência integral a saúde, junto ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HCFMUSP e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em benefício da sociedade em geral, de caráter beneficente.
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo ¹⁰	Universitária	Fundada há mais de quatro séculos, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo é uma instituição filantrópica e privada considerada um dos mais importantes Centros de Referência Hospitalar do Estado de São Paulo. É classificada como hospital de ensino e reconhecida nacionalmente pelo desenvolvimento de pesquisas técnico/científicas.

continua

continuação e conclusão

OSS	CLASSIFICAÇÃO	HISTÓRICO
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI) ¹¹	Associação	Fundada em 1964. Instituição filantrópica sem finalidades lucrativas, destinada única e exclusivamente a prestar assistência social, promoção, prevenção e atenção à saúde, educação e demais atividades afins à população em geral, nela incluídos os trabalhadores carentes da construção civil.
Sociedade Beneficente Israelita Brasileira – Hospital Albert Einstein ¹²	Associação	Fundada em 1955, associação de caráter beneficente, social e científico. Como atividade primária está a manutenção do hospital, seguida de manutenção de atividade de ensino pela escola e faculdade de enfermagem e amparo a idosos carentes.

Fonte: 1 Associação Comunitária Monte Azul. Relatório dos auditores independentes [internet]. São Paulo; 2011. [citado 2012 jul. 02]. Disponível em: http://www.monteazul.org.br/arquivos/relatorios/arquivo_5010_20120329112028.pdf

2 Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC). História [internet]. São Paulo; c2011. [atualizado 2011; citado 2012 jul. 02]. Disponível em: <http://www.acsc.org.br/index.cfm/42/Historia>

3 Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). História da SPDM [internet]. São Paulo; c2011. [atualizado 2011; citado 2012 jul. 2012]. Disponível em: <http://www.spdm.org.br/site/pt/historia.html>

4 Associação Santa Marcelina. Estatuto social da Associação Santa Marcelina [internet]. São Paulo; 2007. [citado 2012 jul. 02]. Disponível em: http://www.gurisantamarcelina.org.br/arquivos/estatuto/Estatuto_Santa_Marcelina.pdf

5 Associação Saúde da Família (ASF). Estatuto social da ASF [internet]. São Paulo; c2005. [atualizado 2005; citado 2012 jul. 02]. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.org/asf/estatuto.htm>

6 Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” (CEJAM). Quem somos [internet]. São Paulo; c2012. [citado 2012 jul. 02]. Disponível em: http://www.saudeprev.com.br/cejam_2011/layout.php?web_usuario_estrutura_id=18&web_e_estrutura_id=4

7 Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto (BOMPAR). Quem somos [internet]. São Paulo; c2011. [atualizado 2011; citado 2012 jul. 02]. Disponível em: <http://www.bompar.org.br/somos.php>

8 Universidade Adventista de São Paulo (UNASP). Histórico [internet]. São Paulo; c2012. [atualizado 2012; citado 2012 jul. 02]. Disponível em: <http://www.unasp.edu.br/o-unasp-historico.html>

9 Fundação Faculdade de Medicina (FFM). Quem somos [internet]. São Paulo; c2012. [atualizado 2012; citado 2012 jul. 02]. Disponível em: <http://extranet.ffm.br/institucional/home/quemsomos.ashx?NAVID=395&superior=395>

10 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Histórico [internet]. São Paulo; 2011. [2011 abr. 04; citado 2012 jul. 02]. Disponível em: <http://www.santacasasp.org.br/porta/pub.aspx?p=67307073303554666E6A733D&s=1>

11 Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI). Histórico [internet]. São Paulo; c2007. [2007; citado 2012 jul. 02]. Disponível em: http://www.seconci-sp.org.br/noticias.asp?id_tipo_noticia=2&id_secao=20&id_noticia=74

12 Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Hospital Albert Einstein. Balanço patrimonial [internet]. São Paulo; 2006. [citado 2012 jul. 02]. Disponível em: <http://www.einstein.br/sobre-a-sociedade/documents/balanco-einstein-04-05.pdf>

O instrumento foi pré-testado quanto a sua extensão e facilidade de compreensão das questões, contando com a colaboração de oito pessoas que trabalham ou pesquisam na área da saúde e não participaram da coleta dos dados, tendo sido procedidas as alterações necessárias. Os pré-testes foram realizados de 1º a 15 de abril. As supervisões e coordenações, à medida que o projeto foi apresentado, sugeriam modificações.

3.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Antes de iniciar a pesquisa, o projeto foi apresentado aos Gestores da Atenção Básica e da Coordenação de DST/aids da SMS de São Paulo, obtendo ampla aceitação, cujos potenciais resultados foram reconhecidos como importantes para um diagnóstico da atenção em HIV/aids na Atenção Básica, podendo fornecer subsídios ao planejamento.

Da mesma forma, o projeto foi apresentado aos Coordenadores de Saúde das cinco regiões da cidade e 25 Supervisores de Saúde. Na reunião com a Sudeste contou-se com a participação de cinco Supervisores de Saúde. Na sequência, foram realizadas reuniões com a Coordenação Norte (5 Supervisores), Centro-Oeste (3 Supervisores), Leste (7 Supervisores) e Sul (5 Supervisores). Em algumas regiões, houve a presença de representantes dos parceiros, as organizações sociais, responsáveis pela cogestão dos serviços com a SMS.

Foram identificados os recursos de informática existentes na rede de serviços, bem como as estratégias para abordagem dos sujeitos da pesquisa (gerentes das unidades de saúde).

Com a intermediação das CRS e seus supervisores, foi enviado convite aos gerentes por meio de *email* institucional e/ou particular para

participação na pesquisa. Para ampliar a adesão dos sujeitos do estudo foram realizadas quatro chamadas via *online*, tendo ocorrido no período de 30 de abril a 5 de setembro de 2011, totalizando 297 devolutivas. Como última alternativa foi oferecida a opção de encaminhamento do questionário em processador de texto *Word*. O período para essa opção foi de 6 a 20 de setembro de 2011, retornando 31 instrumentos respondidos.

Vale salientar que a rede administrativa é diferenciada nas diferentes CRS e supervisões, com algumas mais participativas e/ou centralizadoras, e a maior adesão dos supervisores na intermediação dos convites aos gerentes influenciou no aceite ao convite. O processo de envio do convite aos gerentes para participação voluntária na pesquisa se deu de forma distinta entre as coordenadorias. As CRS Norte e Leste encaminharam os convites aos *emails* dos supervisores, que por sua vez os encaminharam aos seus gerentes. Nas demais CRS – Sudeste, Sul e Centro-Oeste –, o próprio pesquisador encaminhou os convites aos *emails* dos gerentes, com cópia aos supervisores.

O gerente, ao receber por *email* o convite, acessava um *link* para o aceite da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; só após esse preenchimento o sujeito do estudo tinha acesso ao instrumento, conforme acordado em reuniões anteriores com os coordenadores e supervisores de saúde (**APÊNDICE 2**).

Os gerentes dos locais referidos receberam orientações no *site* sobre os métodos utilizados na condução da sua participação e a utilização de suas respostas como dados para fundamentar a pesquisa.

Foram feitos esclarecimentos quanto ao sigilo e à preservação da identificação pessoal na análise dos dados coletados. Somente após o esclarecimento das dúvidas e havendo concordância dos sujeitos em participar do estudo, foi solicitado clicar em “aceito” no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.8 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DO ESTUDO

Na análise da integralidade, na perspectiva da vulnerabilidade programática, referindo-se aos aspectos de Estrutura e Dinâmica de Organização do Serviço de Saúde e de Operacionalização das Ações na atenção em DST/HIV/aids nas UBS, foram estabelecidos cinco marcadores, considerando seus respectivos itens, conforme questões extraídas do instrumento de pesquisa descritas a seguir:

a) Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em DST/HIV/aids (composto por 16 itens): a frequência e a quantidade dos insumos de contracepção e prevenção, de exames laboratoriais, dos materiais educativos, da disposição das salas e consultórios para o atendimento da população com relação às DST/HIV/aids.

b) Respostas às Necessidades de Tratamento em DST/HIV/aids (composto por 7 itens): o tratamento da candidíase, sífilis, tricomoníase, clamídia, da sífilis na gestante e no(s) parceiro(s) e o atendimento baseado na abordagem sindrômica¹⁹.

c) Ações de Pré-Natal e Puerpério em relação a atenção às DST/HIV/aids (composto por 11 itens): oferta de teste para detecção da sífilis, anti-HIV, hepatites B e C, Papanicolaou, tempo para marcar a primeira consulta do pré-natal, a abordagem consentida²⁰, a comunicação do

¹⁹ Abordagem sindrômica baseia-se na identificação de sinais e sintomas verificados no momento da avaliação clínica e a instituição do tratamento no momento da consulta. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo. Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Abordagem Sindrômica nas Unidades de Saúde do Município de São Paulo. 2ª ed. rev. e ampl. São Paulo; 2008 [internet]. [citado 2012 abr. 05]. Disponível em: http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/10525/mod_resource/content/1/01%20MAR.manh%C3%A3%20-%20Abordagem%20Sindr%C3%B4mica.pdf

²⁰ Abordagem consentida é o contato, mediante autorização prévia, obtida por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com os usuários que não retornam às unidades de saúde para receber os resultados de testes realizados para HIV/DST, ou com os que não comparecem ao tratamento. Brasil. Instrução Normativa nº 1.626, de 10 de Julho de 2007. Regulamenta os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras

diagnóstico, a busca ativa do parceiro, notificação da sífilis na gestante, se tem hospital de referência.

d) Ações de Prevenção em Relação às DST/HIV/aids (composto por 10 itens): oferta de teste anti-HIV, capacitação dos profissionais na abordagem sindrômica, no aconselhamento, busca ativa do usuário e seu parceiro, notificação da sífilis, se faz aconselhamento e abordagem consentida para o exame de HIV.

e) Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade (composto por 8 itens): se há fluxo de notificação de sífilis congênita na maternidade, se faz notificação do HIV da gestante, agendamento de consulta da gestante ou usuário na referência, se existe fluxo de referência e contrarreferência.

As respostas a cada um dos itens avaliados foram classificadas como ATENDE a uma condição, quando a resposta da UBS foi considerada, a critério do pesquisador, mas considerando o que é preconizado e recomendado pelo MS ou SMS. Nesse caso, o item recebeu valor 1. Quando a resposta ao item foi negativa, ou seja, NÃO ATENDE a condição, o item recebeu o valor equivalente a 0.

A fundamentação para a construção das medidas dos marcadores teve por base as diretrizes elaboradas por sociedades de especialistas e agências governamentais. Elas constituem recomendações para a prática clínica, são desenvolvidas por especialistas e geralmente classificadas em categorias de maior ou menor evidência, de acordo com qualidade e quantidade dos estudos científicos acessados, opiniões de especialistas ou peritos, exigências de órgãos governamentais e outras agências de regulamentação (Quadro 4).

DST, bem como aos que não comparecem ao tratamento já em curso. Diário Oficial da União, Brasília, 11 de julho de 2007.

Quadro 4 – Marcadores de Vulnerabilidade Programática de Estrutura e Dinâmica de Organização do Serviço de Saúde e de Operacionalização das Ações na Atenção Básica às DST/HIV/aids.

MARCADOR	ITENS	NÃO ATENDE (VALOR 0)	ATENDE (VALOR 1)	FUNDAMENTAÇÃO
Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em DST/HIV/aids (16 itens)	A. Consultório permite privacidade visual/auditiva para atendimento em DST/HIV/aids (Questão 4)	Não ou parcialmente, apenas privacidade visual ou auditiva.	Sim, tanto visual quanto auditiva.	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) [internet]. Brasília; 2012. [citado 2012 mai. 05]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/amaq.pdf
	B. Sala para realização de atividade educativa (Questão 5)	Não	Sim	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Estrutura Física das Unidades básicas de Saúde: Saúde da Família [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [citado 2012 mai. 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf
	C. Disponibilidade de materiais básicos para atividade educativa (Questão 6)	Só sala com cadeiras móveis ou fixas, ou só aparelho DVD, ou TV ou só retroprojektor ou computador, outros	Cartolina ou similar, pincéis, barbante, cola, tesoura, modelo pélvico e pênis, preservativo masculino e feminino, cartazes e/ou folhetos e/ou álbum seriado sobre DST/HIV	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) [internet]. Brasília; 2012. [citado 2012 mai. 05]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/amaq.pdf

continua

continuação

MARCADOR	ITENS	NÃO ATENDE (VALOR 0)	ATENDE (VALOR 1)	FUNDAMENTAÇÃO
Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em DST/HIV/aids (16 itens)	D. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Pílula (Questão 6.1.1)	Às vezes ou nunca	Sempre	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: rename [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado 2012 abr. 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anexos_rename_2012_pt_533_30_03_12.pdf São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 295, de 19 de maio de 2004. Institui o Protocolo para fornecimento de contraceptivos reversíveis na Atenção Básica [internet]. São Paulo; 2004 [citado 2012 abr. 14]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2004/IELS.maio.04/Iels92/M_PT-SMS-295_180504.pdf
	E. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Injetável (Questão 6.1.4)	Às vezes ou nunca	Sempre	Idem
	F. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: DIU (Questão 6.1.5)	Às vezes ou nunca	Sempre	Idem
	G. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Preservativo Masculino (Questão 6.1.6)	Às vezes ou nunca	Sempre	Idem
	H. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Pílula (Questão 6.2.1)	Insuficiente	Suficiente	Idem

continua

continuação

MARCADOR	ITENS	NÃO ATENDE (VALOR 0)	ATENDE (VALOR 1)	FUNDAMENTAÇÃO
Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em DST/HIV/aids (16 itens)	I. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Injetável (Questão 6.2.4)	Insuficiente	Suficiente	Idem
	J. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: DIU (Questão 6.2.5)	Insuficiente	Suficiente	Idem
	K. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Preservativo masculino (Questão 6.2.6)	Insuficiente	Suficiente	Idem
	L. Quantidade de exames laboratoriais: Sífilis (Questão 7.2.3)	Insuficiente	Suficiente	São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Assistência Laboratorial. Atenção Básica. 1º Caderno de Coleta de Exames Laboratoriais [internet]. São Paulo; 2006. [citado 2012 mai. 2012]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/assist_laboratorial/index.php?p=1930
	M. Quantidade de exames laboratoriais: Anti-HIV (Questão 7.2.4)	Insuficiente	Suficiente	Idem
	N. Quantidade de exames laboratoriais: Sorologia Hepatite B (Questão 7.2.5)	Insuficiente	Suficiente	Idem
	O. Coleta diária de exames laboratoriais em geral (Questão 8)	1, 2, 3 ou 4 vezes por semana	Diariamente	Idem
	P. Exame para gravidez imediata em caso de atraso menstrual (Questão 9)	Não	Sim	São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Atenção a Saúde da Mulher: protocolo de enfermagem [internet] 3ª ed.. São Paulo; 2004. [citado 2012 abr. 05]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/Atencao_saude_mulher2.pdf

continua

continuação

MARCADOR	ITENS	NÃO ATENDE (VALOR 0)	ATENDE (VALOR 1)	FUNDAMENTAÇÃO
Respostas às Necessidades de Tratamento em DST/HIV/aids (7 itens)	A. Faz tratamento com Penicilina Benzatina quando diagnóstico de sífilis na gestante (Questão 13)	Não ou sim, em dia e horário marcado	Sim, em qualquer dia e horário	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 156, de 19 de Janeiro de 2006. Dispõe sobre o uso da penicilina na rede de Atenção Básica à Saúde (SUS) [internet]. Brasília; 2006 [citado 2012 abr. 24]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0156_19_01_2006.html São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 1549, de 12 de novembro de 2011. Complementa componentes da comissão de normatização e avaliação das ações de controle transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. Diário Oficial Cidade de São Paulo [internet]. 2011 nov. 12 [citado 2012 abr. 20]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.nov.11/iels214/M_PT-SMS-G-1549_2011.pdf
	B. Indica tratamento com Penicilina Benzatina, sem pedido ou resultado de exame do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis (Questão 14)	Não	Sim	- São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Nota Técnica CCD - 001/2007. Abordagem dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis. Diário Oficial do Estado de São Paulo [internet]. 2007 set. 29 [citado 2012 abr. 20]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.out.07/iels185/E_NT-CCD-1_2007.pdf - São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 1549, de 12 de novembro de 2011. Complementa componentes da comissão de normatização e avaliação das ações de controle transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. Diário Oficial Cidade de São Paulo [internet]. 2011 nov. 12 [citado 2012 abr. 20]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.nov.11/iels214/M_PT-SMS-G-1549_2011.pdf
	C. Realiza tratamento da candidíase (Questão 28.1)	Não	Sim	São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo. Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Abordagem Síndrômica nas Unidades de Saúde do Município de São Paulo. 2ª ed. rev. e ampl. São Paulo; 2008 [internet]. [citado 2012 abr. 05]. Disponível em: http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/10525/mod_resource/content/1/01%20MAR.manh%C3%A3%20-%20Abordagem%20Sindr%C3%B4mica.pdf

continua

continuação

MARCADOR	ITENS	NÃO ATENDE (VALOR 0)	ATENDE (VALOR 1)	FUNDAMENTAÇÃO
Respostas às Necessidades de Tratamento em DST/HIV/aid's (7 itens)	D. Realiza tratamento da sífilis (Questão 28.2)	Não	Sim	São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 1549, de 12 de novembro de 2011. Complementa componentes da comissão de normatização e avaliação das ações de controle transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. Diário Oficial Cidade de São Paulo [internet]. 2011 nov. 12 [citado 2012 abr. 20]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.nov.11/iels214/M_PT-SMS-G-1549_2011.pdf
	E. Realiza tratamento da tricomoníase (Questão 28.4)	Não	Sim	São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo. Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Abordagem Sindrômica nas Unidades de Saúde do Município de São Paulo. 2ª ed. rev. e ampl. São Paulo; 2008 [internet]. [citado 2012 abr. 05]. Disponível em: http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/10525/mod_resource/content/1/01%20MAR.manh%C3%A3%20-%20Abordagem%20Sindr%C3%B4mica.pdf
	F. Realiza tratamento da clamídia (Questão 28.7)	Não	Sim	Idem.
	G. Faz atendimento com base na abordagem sindrômica (Questão 30)	Não	Sim	Idem.

continua

continuação

MARCADOR	ITENS	NÃO ATENDE (VALOR 0)	ATENDE (VALOR 1)	FUNDAMENTAÇÃO
Ações de Pré-Natal e Puerpério em relação à Atenção às DST/HIV/aid (11 itens)	A. Agenda da primeira consulta de pré-natal é até duas semanas (Questão 10)	Não	Sim	São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério [internet]. São Paulo; 2010. [citado 2012 abr. 22]. Disponível em: http://www.abenfosp.com.br/mt/manual_ses.pdf
	B. A oferta do exame de Papanicolaou às gestantes é um procedimento padrão (Questão 11)	Não	Sim	São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Atenção a Saúde da Mulher: protocolo de enfermagem [internet]. 3ª ed. São Paulo; 2004. [citado 2012 abr. 05]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/Atencao_saude_mulher2.pdf
	C. Oferece teste de detecção de sífilis à gestante no 1º e 3º trimestre da gestação (Questão 12)	Não	Sim	São Paulo. Secretaria da Saúde. Lei nº 10.449, de 20 de dezembro de 1999. Institui a obrigatoriedade do oferecimento às gestantes do teste para detecção de anticorpos anti-HIV e da sífilis, em todo pré-natal realizado pelos serviços públicos e privados no Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado [internet]. 1999 dez. 21 [citado 2012 mai. 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/BOLETIM.pdf
	D. Faz teste de detecção da Hepatite B no pré-natal (Questão 17)	Não	Sim	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - HIV/AIDS, hepatites e outras DST [internet]. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [citado 2012 abr. 05]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad18.pdf
	E. Faz teste de detecção da Hepatite C à gestante (Questão 18)	Não	Sim	São Paulo. Coordenação de Atenção Básica. Protocolo de Rotinas Básicas de Pré-Natal Normal (de Risco Habitual ou Baixo Risco) [internet]. São Paulo; 2011. [citado 2012 mai. 05]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/Protocolos_PreNatalRotinaBasica_Jun2011.pdf

continua

continuação

MARCADOR	ITENS	NÃO ATENDE (VALOR 0)	ATENDE (VALOR 1)	FUNDAMENTAÇÃO
Ações de Pré-Natal e Puerpério em relação à Atenção às DST/HIV/aids (11 itens)	F. Faz teste de detecção de HIV no pré-natal (Questão 19)	Não, ou sim, só com o aconselhamento pré-teste ou pós-teste, ou sem aconselhamento pré e pós-teste	Sim, com aconselhamento pré e pós-teste.	- São Paulo. Secretaria da Saúde. Lei nº 10.449, de 20 de dezembro de 1999. Institui a obrigatoriedade do oferecimento às gestantes do teste para detecção de anticorpos anti-HIV e da sífilis, em todo pré-natal realizado pelos serviços públicos e privados no Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado [internet]. 1999 dez. 21 [citado 2012 mai. 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/BOLETIM.pdf - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [citado 2012 abr. 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf
	G. Realiza abordagem consentida para solicitação de teste para HIV à gestante (Questão 20)	Não ou desconheço o que seja abordagem consentida	Sim	Brasil. Ministério da Saúde. Instrução Normativa nº 1626, de 10 de julho de 2007. Dispõe sobre os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST, bem como aos que não comparecem ao tratamento já em curso [internet]. Brasília; 2001 [citado 2012 abr. 15]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1626.htm
	H. A comunicação do diagnóstico de HIV à gestante é realizada por equipe multiprofissional (Questão 21)	Só médico	Médico ou outro profissional de saúde	- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [citado 2012 abr. 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf - São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 1549, de 12 de novembro de 2011. Complementa componentes da comissão de normatização e avaliação das ações de controle transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. Diário Oficial Cidade de São Paulo [internet]. 2011 nov. 12 [citado 2012 abr. 20]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsssp/bibliote/informe_eletronico/2011/leis.nov.11/leis214/M_PT-SMS-G-1549_2011.pdf

continua

continuação

MARCADOR	ITENS	NÃO ATENDE (VALOR 0)	ATENDE (VALOR 1)	FUNDAMENTAÇÃO
Ações de Pré-Natal e Puerpério em relação à Atenção às DST/HIV/aids (11 itens)	I. Realiza busca ativa para comparecimento do parceiro da gestante com diagnóstico de HIV (Questão 23).	Não	Sim	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [citado 2012 abr. 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_ver_ticalhivsifilis_manualbolso.pdf
	J. Notifica o diagnóstico de sífilis da gestante (Questão 15)	Não	Sim	São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução SS-59 de 22 de julho de 2004. Atualiza a Lista das Doenças de Notificação Compulsória (DNC) no Estado de São Paulo e dá outras providências. Diário Oficial do Estado [internet]. 2004 jul. 23 [citado 2012 jul. 04]. Disponível em: http://www.ipef.br/legislacao/bdlegislacao/detalhes.asp?id=20669 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 33, de 14 de Julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Diário Oficial da União [internet]. 2005 jul. 15 [citado 2012 abr. 05]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/do1_111.pdf
	K. Tem hospital de referência para o parto da gestante HIV positiva (Questão 26)	Não	Sim	São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 1549, de 12 de novembro de 2011. Complementa componentes da comissão de normatização e avaliação das ações de controle transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. Diário Oficial Cidade de São Paulo [internet]. 2011 nov. 12 [citado 2012 abr. 20]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.nov.11/iels214/M_PT-SMS-G-1549_2011.pdf

continua

continuação

MARCADOR	ITENS	NÃO ATENDE (VALOR 0)	ATENDE (VALOR 1)	FUNDAMENTAÇÃO
Ações de Prevenção em Relação às DST/HIV/aids (10 itens)	A. Profissionais capacitados para realizar o atendimento por abordagem sindrômica das DST (Questão 29)	Não	Sim, médico e enfermeiro	São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo. Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Abordagem Sindrômica nas Unidades de Saúde do Município de São Paulo. 2ª ed. rev. e ampl. São Paulo; 2008 [internet]. [citado 2012 abr. 05]. Disponível em: http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/10525/mod_resource/content/1/01%20MAR.manh%C3%A3%20-%20Abordagem%20Sindr%C3%B4mica.pdf
	B. Profissionais capacitados para realizar o aconselhamento na oferta do teste de HIV (Questão 36)	Não	Sim	Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Aconselhamento em DST e HIV/AIDS: diretrizes e procedimentos básicos [internet]. Brasília; 1998. [citado 2012 mai 15]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/074_01aconselhamento.pdf
	C. Realiza ação para comparecimento do(a) parceiro(a) em caso de DST (Questão 31)	Não	Sim	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, hepatites e outras DST [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [citado 2012 abr. 05]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad18.pdf
	D. Realiza ação para comparecimento do(a) parceiro(a) quando há caso específico de HIV (Questão 40)	Não	Sim	Idem.
	E. Faz busca ativa de usuários portadores de DST que não comparecem à unidade (Questão 32)	Não	Sim	Idem.

continua

continuação

MARCADOR	ITENS	NÃO ATENDE (VALOR 0)	ATENDE (VALOR 1)	FUNDAMENTAÇÃO
Ações de Prevenção em Relação às DST/HIV/aids (10 itens)	F. Equipe multiprofissional faz o preenchimento da notificação de exame positivo para detecção de sífilis (Questão 33)	Não	Sim	Idem.
	G. Realiza teste para HIV, na população em geral, em qualquer dia da semana (Questão 34)	Não ou a coleta é em dia específico	Sim, em qualquer dia da semana	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) [internet]. Brasília; 2012. [citado 2012 mai. 05]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/amaq.pdf
	H. Faz aconselhamento para o exame de HIV (Questão 37)	Não	Sim, pré e pós-teste	Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. [citado 2012 abr. 05]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aconselhamento_dst_aids.pdf
	I. O tempo médio do retorno do resultado do exame de HIV positivo à unidade é de até 7 dias (Questão 38)	Não	Sim	São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 1549, de 12 de novembro de 2011. Complementa componentes da comissão de normatização e avaliação das ações de controle transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. Diário Oficial Cidade de São Paulo [internet]. 2011 nov. 12 [citado 2012 abr. 20]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.nov.11/iels214/M_PT-SMS-G-1549_2011.pdf
	J. Realiza abordagem consentida ao pedir exame de HIV (Questão 39)	Não ou desconheço o que seja abordagem consentida	Sim	Brasil. Ministério da Saúde. Instrução Normativa nº 1626, de 10 de julho de 2007. Dispõe sobre os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST, bem como aos que não comparecem ao tratamento já em curso [internet]. Brasília; 2001 [citado 2012 abr. 15]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1626.htm

continua

continuação

MARCADOR	ITENS	NÃO ATENDE (VALOR 0)	ATENDE (VALOR 1)	FUNDAMENTAÇÃO
Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e Maternidade (8 itens)	A. Existe fluxo de notificação de sífilis congênita na maternidade (Questão 16)	Não	Sim	São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 1549, de 12 de novembro de 2011. Complementa componentes da comissão de normatização e avaliação das ações de controle transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. Diário Oficial Cidade de São Paulo [internet]. 2011 nov. 12 [citado 2012 abr. 20]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.nov.11/iels214/M_PT-SMS-G-1549_2011.pdf
	B. Faz a notificação do diagnóstico de HIV da gestante (Questão 22)	Não	Sim	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 0993, de 4 de setembro de 2000. Torna compulsória a notificação de gestante HIV em todo o território nacional [internet]. Brasília; 2001 [citado 2012 mai. 15]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-993.htm
	C. Fornece ficha de encaminhamento e marca consulta na referência em DST/aids (CRT e SAE) das gestantes diagnosticadas com HIV (Questão 24)	Não	Sim	São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 1549, de 12 de novembro de 2011. Complementa componentes da comissão de normatização e avaliação das ações de controle transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. Diário Oficial Cidade de São Paulo [internet]. 2011 nov. 12 [citado 2012 abr. 20]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.nov.11/iels214/M_PT-SMS-G-1549_2011.pdf
	D. Existe retorno das informações à unidade, após o encaminhamento das gestantes às referências DST/AIDS (CRT e SAE) (Questão 25)	Não	Sim	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, hepatites e outras DST [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [citado 2012 abr. 05]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad18.pdf
	E. Existe retorno para a unidade sobre o parto da gestante HIV encaminhada (Questão 27)	Não	Sim	São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 1549, de 12 de novembro de 2011. Complementa componentes da comissão de normatização e avaliação das ações de controle transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. Diário Oficial Cidade de São Paulo [internet]. 2011 nov. 12 [citado 2012 abr. 20]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.nov.11/iels214/M_PT-SMS-G-1549_2011.pdf

continua

continuação e conclusão

MARCADOR	ITENS	NÃO ATENDE (VALOR 0)	ATENDE (VALOR 1)	FUNDAMENTAÇÃO
Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e Maternidade (8 itens)	F. Faz o agendamento na referência em DST/aids, quando diagnostica resultado positivo para HIV (Questão 43)	Não	Sim	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, hepatites e outras DST [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [citado 2012 abr. 05]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad18.pdf
	G. Existe fluxo de referência/contrarreferência dos pacientes encaminhados à especialidade em DST/AIDS (Questão 44)	Não	Sim	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [internet]. Brasília; 2006 [citado 2012 abr. 10]. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/899-648.html
	H. Faz o acompanhamento dos casos encaminhados à referência em DST/AIDS (Questão 45)	Não	Sim	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, hepatites e outras DST [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [citado 2012 abr. 05]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad18.pdf

Com base na soma dos valores ponderados para cada um dos marcadores, obteve-se um mínimo e máximo de pontos; dessa forma, as UBS foram classificadas, constituindo uma Escala de Vulnerabilidade Programática em Alta (abaixo de 25%), Média (de 25% a 75%) e Baixa (de 75% a 100%), (Quadro 5).

Quadro 5 – Marcador de Vulnerabilidade Programática, Pontos e Escala da Vulnerabilidade Programática.

MARCADOR	PONTOS	ESCALA DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em DST/HIV/aids (16 itens)	0 a 4	Alta
	5 a 12	Média
	13 a 16	Baixa
Respostas às Necessidades de Tratamento em DST/HIV/aids (7 itens)	0 a 2	Alta
	3 a 5	Média
	6 a 7	Baixa
Ações de Pré-Natal e Puerpério em relação a atenção às DST/HIV/aids (11 itens)	0 a 3	Alta
	4 a 7	Média
	8 a 11	Baixa
Ações de Prevenção em Relação às DST/HIV/aids (10 itens)	0 a 3	Alta
	4 a 7	Média
	8 a 10	Baixa
Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade (8 itens)	0 a 2	Alta
	3 a 5	Média
	6 a 8	Baixa

A ideia de construir uma Escala de Vulnerabilidade não se limita a medir a vulnerabilidade programática das unidades de saúde de forma a

constatar condições piores e melhores. A inspiração é de uma medida crítica, no sentido de explicitar a potência latente para transformação dos contextos, em termos de política pública e formas de operacionalizá-las, de organização e realização das ações nos serviços de saúde.

Outro ponto que se deve ressaltar é que os tempos da pesquisa e da realidade dos serviços são diferentes. No momento em que esta pesquisa se finda, muitos aspectos dos marcadores considerados foram modificados; por exemplo, de um ano para cá, equipes de saúde têm passado por intensos processos de Educação Permanente, com capacitação inclusive para a realização dos testes rápidos.

As informações obtidas no questionário compuseram um banco de dados. Outro banco de dados foi elaborado, com os itens avaliados segundo os marcadores de vulnerabilidade programática na atenção em HIV/aids das UBS, no programa *Microsoft Office Excel 2007*.

As respostas às questões de identificação foram agrupadas e processadas; para análise foi utilizado o ***Statistical Package for the Social Sciences*** (SPSS) versão 19, no qual os dados foram apresentados descritivamente em tabelas e gráficos contendo frequência absoluta (nº) e relativa (%).

Após a descrição e análise da vulnerabilidade programática na organização das UBS, foram identificados como componentes que traduziram a integralidade: a *acessibilidade, porta de entrada, vínculo, enfoque familiar, profissionais de saúde coordenação/integração*. Com base nos estudos de Ibañez (2006) e Sala et al., (2011), organizou-se a discussão segundo o Quadro 6:

Quadro 6 - Relação entre componentes da integralidade, marcadores de vulnerabilidade e os itens analisados.

COMPONENTES DA INTEGRALIDADE	ESTRUTURA E DINÂMICA DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E À OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES: MARCADORES DE VULNERABILIDADE	ITENS DE ANÁLISE
Acessibilidade	• Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids	A a O
	• Ações de pré natal e puerpério em relação a atenção às DST/HIV/aids	A a F
	• Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids	G e I
Porta de Entrada	• Respostas às necessidades de tratamento em DST/HIV/aids	A a G
Vínculo	• Ações de pré natal e puerpério em relação a atenção às DST/HIV/aids	G e H
	• Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids	E, H e J
	• Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade	H
Enfoque Familiar	• Ações de pré natal e puerpério em relação a atenção às DST/HIV/aids	I
	• Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids	C e D
Profissionais de saúde	• Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids	A e B
Coordenação/ Integração	• Ações de pré natal e puerpério em relação a atenção às DST/HIV/aids	J e K
	• Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids	F
	• Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade	A a G

3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEUSP e da SMS e apenas após as autorizações os dados foram colhidos de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 1996).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem (EEUSP), processo nº 783/2006, **(ANEXO A)**, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de São Paulo, com o parecer nº 366/2009, CAAE 0174.0162.000-09 **(ANEXO B)**.

Diante da modificação do projeto, como explicado anteriormente, foi solicitado adendo, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal com o parecer nº 354/019, CAAE 0174.0.162.000-09 **(ANEXO C)**.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UBS

A caracterização geral das UBS foi feita segundo as CRS, STS, tipo de modelo de organização do serviço, OSS, instituições parceiras da SMS na cogestão da saúde na cidade e formação profissional do gerente da unidade. Participaram do estudo 328 (74,2%) gerentes das UBS do Município de São Paulo das cinco CRS. Houve diferenças no aceite para participação da pesquisa, conforme CRS, e na CRS Norte houve 100% de concordância (Tabela 2).

TABELA 2 – Distribuição das UBS segundo Coordenadorias Regionais de Saúde, Supervisão Técnica de Saúde, Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) e da Pesquisa realizada pela EEUSP. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.

Coordenadorias Regionais de Saúde / Supervisão Técnica de Saúde	CEInfo	Participantes da Pesquisa	
	UBS	UBS	
	Nº	Nº	%
Centro Oeste	34	14	41,2
Butantã	13	4	30,8
Lapa/ Pinheiros	13	9	69,2
Sé	8	1	12,5
Leste	113	94	83,1
Cidade Tiradentes	12	5	41,7
Ermelino Matarazzo/ São Miguel	27	27	100,0
Guaianases	14	14	100,0
Itaim Paulista	15	7	46,6
Itaquera	23	21	91,3
São Mateus	22	20	90,9

continua

continuação

Coordenadorias Regionais de Saúde / Supervisão Técnica de Saúde	CEInfo	Participantes da Pesquisa	
	UBS	UBS	
	Nº	Nº	%
Norte	86	86	100,0
Casa Verde/ Cachoeirinha	12	12	100,0
Freguesia do Ó/ Brasilândia	17	17	100,0
Pirituba/ Perus	26	26	100,0
Santana/ Tucuruvi/ Jaçana/ Tremembé	19	19	100,0
Vila Maria/ Vila Guilherme	12	12	100,0
Sudeste	90⁽¹⁾	74	82,2
Ipiranga	18	9	50,0
Móoca/ Aricanduva/ Formosa/ Carrão	17	11	64,7
Penha	19	19	100,0
Vila Mariana/ Jabaquara	13	13	100,0
Vila Prudente/ Sapopemba	23	22	95,7
Sul	119	60	50,4
Campo Limpo	28	13	46,4
Capela do Socorro	18	4	22,2
M Boi Mirim	31	29	93,5
Parelheiros	18	3	16,7
Santo Amaro/ Cidade Ademar	24	11	45,8
Total	442	328	74,2

Fonte: Dados do Boletim CEInfo, abril de 2011.

Obs: (1) Acrescentada uma UBS que não contava no Boletim CEInfo.

Observa-se no Município de São Paulo diversidade nas características do modelo de organização da atenção à saúde implantado nas UBS quanto ao tipo de organização das unidades. No estudo, a maior parte – 134 (40,9%) – das UBS era do tipo exclusiva “tradicional” (Tabela 3).

TABELA 3 – Distribuição das UBS segundo Coordenadorias Regionais de Saúde e modelos de organização da atenção à saúde. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.

CRS	Modelos de Organização de Atenção à Saúde							
	ESF exclusiva		UBS com ESF ("mista")		UBS exclusiva ("tradicional")		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro-oeste	5	35,7	4	28,6	5	35,7	14	100,0
Leste	33	35,1	12	12,8	49	52,1	94	100,0
Norte	26	30,2	18	20,9	42	48,8	86	100,0
Sudeste	28	37,8	14	18,9	32	43,2	74	100,0
Sul	36	60,0	18	30,0	6	10,0	60	100,0
Total	128	39,0	66	20,1	134	40,9	328	100,0

O estudo identificou 12 diferentes OSS em contratos de gestão ou convênios na cogestão da saúde com a SMS de SP.

Das 328 UBS que participaram do estudo, 268 (81,7%) eram gerenciadas em parceria com OSS e 60 (18,3%) não. As OSS classificadas em "Associação" mantinham o maior número de UBS sob sua gestão – 183 (55,8%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das UBS segundo classificação das OSS e Coordenadorias Regionais de Saúde. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.

Formação Profissional	Coordenadorias Regionais de Saúde											
	Centro Oeste		Leste		Norte		Sudeste		Sul		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Associação	2	14,3	24	25,5	48	55,8	57	77,0	52	86,7	183	55,8
Religiosa	1	7,1	51	54,3	-	-	3	4,1	-	-	55	16,8
Universitária	9	64,3	-	-	14	16,3	-	-	7	11,7	30	9,1
Sem Parceria	2	14,3	19	20,2	24	27,9	14	18,9	1	1,7	60	18,3
Total	14	100,0	94	100,0	86	100,0	74	100,0	60	100,0	328	100,0

A gerência das UBS era realizada por profissionais com nível superior de ensino, sendo na maioria enfermeiros – 176 (53,6%). Além dos que foram identificados, havia 37 UBS (11,2%) cujos gerentes tinham outras formações, como administradores hospitalares, advogados, farmacêuticos, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, sociólogo, educador, entre outros (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos gerentes das UBS segundo formação profissional e Coordenadorias Regionais de Saúde. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.

Formação Profissional	Coordenadorias Regionais de Saúde											
	Centro Oeste		Leste		Norte		Sudeste		Sul		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermeiro	6	42,9	46	48,9	38	44,2	43	58,1	43	71,7	176	53,6
Odontólogo	1	7,1	16	17,0	22	25,6	8	10,8	3	5,0	50	15,2
Outra* formação	3	21,4	15	16,0	9	10,5	1	1,4	9	15,0	37	11,2
Médico	2	14,3	1	1,1	9	10,5	12	16,2	3	5,0	27	8,2
Assistente social	1	7,1	13	13,8	6	7,0	5	6,8	-	-	25	7,6
Psicólogo	1	7,1	3	3,2	2	2,3	5	6,8	2	3,3	13	4,0
Total	14	100,0	94	100,0	86	100,0	74	100,0	60	100,0	328	100,0

***Outra formação:** Administrador (8), Adm. Hospitalar (2), Fonoaudiólogo (6), Fonoaudiólogo/Sanit. Adm. Hosp. (1), Fisioterapeuta (5), Economista (2), Educador em Saúde Pública (2), Farmacêutico (1), Farmacêutico/Bioquímico (1), Sociólogo/Adm. (2), Advogado (1), Advogado/Adm. Hosp. (1), Filósofo (1), Nutricionista (1), Psicopedagogo (1), Saúde Pública/Adm. Hospitalar (1) e Terapeuta Ocupacional/Gestão de Serv. de Saúde (1).

4.2 AS UBS E OS MARCADORES DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

Tomando a Vulnerabilidade Programática de Estrutura e Dinâmica de Organização do Serviço de Saúde e de Operacionalização das Ações na Atenção Básica às DST/HIV/aids, foi possível identificar que a maioria das UBS do estudo atende à maioria dos itens avaliados.

Esperar-se-ia que em alguns itens, como, por exemplo, “fazer teste de detecção de HIV no pré-natal”, houvesse o atendimento da condição em 100,0% das UBS. Entretanto, destacam-se alguns itens de cada marcador que não eram plenamente realizados pelas UBS, considerando um corte percentual abaixo de 80% dos serviços analisados (Tabela 6).

No conjunto do marcador de **Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids**, identificou-se que há 26,2% de UBS que não têm disponíveis materiais básicos para atividade educativa e 22,6% não possuem disponíveis de forma regular insumos de contracepção e prevenção, como o Dispositivo Intrauterino (DIU).

No marcador de **Respostas às necessidades de tratamento em DST/HIV/aids**, 35,1% das UBS não indicam tratamento, com Penicilina Benzatina, do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis, sem pedido ou resultado de exame, contrariamente ao que é preconizado.

Nas **Ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às DST/HIV/aids**, destaca-se que 38,1% das UBS não oferecem teste de detecção de sífilis à gestante no primeiro e terceiro trimestres da gestação, 32,9% não faz teste de detecção de HIV no pré-natal, 22% não realiza a abordagem consentida para solicitação de teste para HIV à gestante e para 63,7% a comunicação do diagnóstico de HIV à gestante não é realizada por equipe multiprofissional.

No conjunto do marcador **Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids**, encontrou-se falta de capacitação dos profissionais, 48,8%

para o atendimento por abordagem sindrômica e 63,7% para realizar o aconselhamento na oferta do teste de HIV. Em 44,5% das UBS não é a equipe multiprofissional que faz o preenchimento da notificação de exame positivo para detecção de sífilis. Não é realizado o aconselhamento para o exame de HIV em 89,3% das UBS; em 61,6% o tempo médio para o retorno do resultado do exame de HIV positivo é maior de 7 dias; e 23,5% das UBS não realiza abordagem consentida ao pedir o exame de HIV.

Dentre os marcadores, o que trata da **Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade**, que pressupõe comunicação da Atenção Básica com outras Unidades, sejam elas de Referência para a assistência em HIV/aids, sejam de vigilância, foi aquele em que houve menor percentual de UBS que afirmou realizar ações nesses aspectos. Inexiste o retorno das informações à unidade, após o encaminhamento das gestantes às referências DST/aids em 31,7% delas e 27,1% sobre o parto, inexistindo fluxo de referência/contrarreferência dos pacientes encaminhados à especialidade em DST/aids (71,9%).

Tabela 6 – Distribuição das UBS segundo marcadores de vulnerabilidade programática e respostas afirmativas aos itens. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.

Marcadores de Vulnerabilidade Programática	Respostas Afirmativas aos Itens (N=328)	
	Nº	%
Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em DST/HIV/aids (16 itens)		
A. Consultório permite privacidade visual/auditiva para atendimento em DST/HIV/aids.	275	83,8

continua

continuação

Marcadores de Vulnerabilidade Programática	Respostas Afirmativas aos Itens (N=328)	
Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em DST/HIV/aids (16 itens)	Nº	%
B. Sala para realização de atividade educativa.	267	81,4
C. Disponibilidade de materiais básicos para atividade educativa.	242	73,8
D. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Pílula.	325	99,1
E. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Injetável.	297	90,5
F. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: DIU.	254	77,4
G. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Preservativo Masculino.	306	93,3
H. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Pílula.	322	98,2
I. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Injetável.	294	89,6
J. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: DIU.	270	82,3
K. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Preservativo masculino.	284	86,6
L. Quantidade de exames laboratoriais: Sífilis.	327	99,7
M. Quantidade de exames laboratoriais: Anti- HIV.	328	100,0

continua

continuação

Marcadores de Vulnerabilidade Programática	Respostas Afirmativas aos Itens (N=328)	
Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em DST/HIV/aids (16 itens)	Nº	%
N. Quantidade de exames laboratoriais: Sorologia		
Hepatite B.	328	100,0
O. Coleta diária de exames laboratoriais em geral.	326	99,4
P. Exame para gravidez imediata em caso de atraso menstrual.	324	98,8
Respostas às Necessidades de Tratamento em DST/HIV/aids (7 itens)	Nº	%
A. Faz tratamento com Penicilina Benzatina quando diagnóstico de sífilis na gestante.	289	88,1
B. Indica tratamento com Penicilina Benzatina, sem pedido ou resultado de exame, do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis.	213	64,9
C. Realiza tratamento da candidíase.	328	100,0
D. Realiza tratamento da sífilis.	327	99,7
E. Realiza tratamento da tricomoníase.	322	98,2
F. Realiza tratamento da clamídia.	298	90,9
G. Faz atendimento com base na abordagem sindrômica.	274	83,5
Ações de Pré Natal e Puerpério em relação a atenção às DST/HIV/aids (11 itens)	Nº	%
A. Agenda da primeira consulta de pré-natal é até duas semanas.	308	93,9

continua

continuação

Marcadores de Vulnerabilidade Programática	Respostas Afirmativas aos Itens (N=328)	
	Nº	%
Ações de Pré Natal e Puerpério em relação a atenção às DST/HIV/aids (11 itens)		
B. A oferta do exame de Papanicolaou às gestantes é um procedimento padrão.	306	93,3
C. Oferece teste de detecção de sífilis à gestante no 1º e 3º trimestre da gestação.	203	61,9
D. Faz teste de detecção da Hepatite B no pré-natal.	325	99,1
E. Faz teste de detecção da Hepatite C à gestante.	299	91,2
F. Faz teste de detecção de HIV no pré-natal.	220	67,1
G. Realiza abordagem consentida para solicitação de teste para HIV à gestante.	256	78,0
H. A comunicação do diagnóstico de HIV à gestante é realizada por equipe multiprofissional.	119	36,3
I. Realiza busca ativa para comparecimento do parceiro da gestante com diagnóstico de HIV.	322	98,2
J. Notifica o diagnóstico de sífilis da gestante.	327	99,7
K. Tem hospital de referência para o parto da gestante HIV positiva.	316	96,3
Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids (10 itens)	Nº	%
A. Profissionais capacitados para realizar o atendimento por abordagem sindrômica das DST.	168	51,2
B. Profissionais capacitados para realizar o aconselhamento na oferta do teste de HIV.	119	36,3

continua

continuação

Marcadores de Vulnerabilidade Programática	Respostas Afirmativas aos Itens (N=328)	
Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids (10 itens)	Nº	%
C. Realiza ação para comparecimento do (a) parceiro (a) em caso de DST.	319	97,3
D. Realiza ação para comparecimento do (a) parceiro (a) quando há caso específico de HIV.	319	97,3
E. Faz busca ativa de usuários portadores de DST que não comparecem à unidade.	318	97,0
F. Equipe multiprofissional faz o preenchimento da notificação de exame positivo para detecção de sífilis.	182	55,5
G. Realiza teste para HIV, na população em geral, em qualquer dia da semana.	304	92,6
H. Faz aconselhamento para o exame de HIV.	35	10,7
I. O tempo médio do retorno do resultado do exame de HIV positivo à unidade é de até 7 dias.	126	38,4
J. Realiza abordagem consentida ao pedir exame de HIV.	251	76,5
Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade (8 itens)	Nº	%
A. Existe fluxo de notificação de sífilis congênita na maternidade.	295	89,9
B. Faz a notificação do diagnóstico de HIV da gestante.	313	95,4

continua

continuação e conclusão

Marcadores de Vulnerabilidade Programática	Respostas Afirmativas aos Itens (N=328)	
	Nº	%
Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade (8 itens)		
C. Fornece ficha de encaminhamento e marca consulta na referência em DST/aids (CRT e SAE) das gestantes diagnosticadas com HIV.	206	62,8
D. Existe retorno das informações à unidade, após o encaminhamento das gestantes às referências DST/aids (CRT e SAE).	224	68,3
E. Existe retorno para a unidade sobre o parto da gestante HIV encaminhada.	239	72,9
F. Faz o agendamento na referência em DST/aids, quando diagnostica resultado positivo para HIV.	205	62,5
G. Existe fluxo de referência/contrarreferência dos pacientes encaminhados à especialidade em DST/aids.	93	28,4
H. Faz o acompanhamento dos casos encaminhados à referência em DST/aids.	279	85,1

Encontra-se representado na Tabela 7 o marcador de vulnerabilidade programática de **Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids**, segundo as CRS. Observa-se que as condições físicas das UBS para a realização de consultas que ofereçam privacidade, tanto visual quanto auditiva, e para atividades de educação em saúde (item A e B) em todas as CRS não estavam na condição que atende a 100,0%. Na Norte, não chegou a 75% e na Sudeste a 80% o percentual de UBS com sala para realização de atividades educativas em saúde. Ainda que seja importante realizar atividades dessa natureza em espaços na

comunidade, mesmo assim é desejável que se disponha de uma sala na própria unidade de saúde. Até aquelas com sala para atividade educativa, não passou de 67,4% as UBS na CRS Norte com disponibilidade de materiais básicos para sua realização, como cartazes e/ou álbum seriado sobre DST e HIV, folhetos, entre outros (item C), e nas demais regiões, Centro-Oeste, Leste e Sudeste, não chegou a 80%.

Tabela 7 – Distribuição das UBS segundo o marcador de vulnerabilidade programática de infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids e Coordenadorias Regionais de Saúde. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.

MARCADOR DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids (16 itens)	Coordenadorias Regionais de Saúde									
	Centro - Oeste (N=14)		Leste (N=94)		Norte (N=86)		Sudeste (N=74)		Sul (N=60)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A. Consultório permite privacidade visual/auditiva para atendimento em DST/HIV/aids.	12	85,7	84	89,4	73	84,9	59	79,7	47	78,3
B. Sala para realização de atividade educativa.	12	85,7	84	89,4	63	73,3	58	78,4	50	83,3
C. Disponibilidade de materiais básicos para atividade educativa.	10	71,4	74	78,7	58	67,4	52	70,3	48	80,0
D. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Pílula.	14	100,0	93	98,9	86	100,0	74	100,0	58	96,7
E. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Injetável.	9	64,3	92	97,9	78	90,7	66	89,2	52	86,7

continua

continuação e conclusão

MARCADOR DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids (16 itens)	Coordenadorias Regionais de Saúde									
	Centro - Oeste (N=14)		Leste (N=94)		Norte (N=86)		Sudeste (N=74)		Sul (N=60)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
F. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: DIU.	13	92,9	84	89,4	67	77,9	54	73,0	36	60,0
G. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Preservativo Masculino.	14	100,0	94	100,0	75	87,2	69	93,2	54	90,0
H. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Pílula.	14	100,0	94	100,0	83	96,5	72	97,3	59	98,3
I. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Injetável.	11	78,6	92	97,9	79	91,9	58	78,4	54	90,0
J. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: DIU.	13	92,9	87	92,6	70	81,4	58	78,4	42	70,0
K. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Preservativo masculino.	10	71,4	91	96,8	69	80,2	66	89,2	48	80,0
L. Quantidade de exames laboratoriais: Sífilis.	14	100,0	94	100,0	86	100,0	73	98,6	60	100,0
M. Quantidade de exames laboratoriais: Anti- HIV.	14	100,0	94	100,0	86	100,0	74	100,0	60	100,0
N. Quantidade de exames laboratoriais: Sorologia Hepatite B.	14	100,0	94	100,0	86	100,0	74	100,0	60	100,0
O. Coleta diária de exames laboratoriais em geral.	14	100,0	94	100,0	85	98,8	73	98,6	60	100,0
P. Exame para gravidez imediata em caso de atraso menstrual.	14	100,0	94	100,0	83	96,5	73	98,6	60	100,0

Quanto aos insumos para contracepção e prevenção de DST/HIV (itens D a G), estes estavam frequentemente disponíveis para a população na maioria das UBS, considerando os três últimos meses. No entanto, isso ocorria de forma heterogênea segundo as CRS. Na Centro-Oeste não passou de 64,3% com relação ao contraceptivo injetável; para o DIU, o máximo encontrado foi 77,9% na CRS Norte, 73,0% na Sudeste e 60,0% na Sul. Confrontando com a quantidade (itens H a K), consideram que era suficiente na maioria das UBS, porém na CRS Centro-Oeste limitou-se a 78,6% e na Sudeste a 78,4% para o contraceptivo injetável. Com relação ao DIU, nas UBS da CRS Sudeste foi de no máximo 78,4% e Sul 70,0%. O preservativo masculino não passou de 71,4% na CRS Centro-Oeste.

Nas cinco CRS, as UBS responderam positivamente quanto à quantidade de exames laboratoriais disponíveis na unidade para detecção de sífilis, teste anti-HIV e hepatite B (itens L a N). Na Sudeste, uma UBS assinalou que a quantidade de exames para detecção da sífilis é insuficiente. Nas cinco CRS, as UBS responderam que há coleta diária de exames laboratoriais em geral e que realizam o exame para gravidez imediata em caso de atraso menstrual (item O e P), com exceção de uma UBS na CRS Norte e uma na CRS Sudeste.

Com relação ao marcador de vulnerabilidade programática de **Resposta às necessidades de tratamento em DST/HIV/aids**, a maioria das UBS afirmou realizar tratamento das DST (itens C a E) (Tabela 8).

Porém, com relação ao tratamento da gestante com diagnóstico de sífilis (item A), não chegou a 72% as UBS na CRS Centro-Oeste que o realiza. Nessa CRS também não chegou a 72% as UBS que indicaram tratamento com Penicilina Benzatina, independentemente de pedido ou resultado de exame do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis (item B). Esse dado deve ser analisado com cuidado, visto que poucas UBS dessa Coordenadoria participaram do estudo. No entanto, em relação a essa questão – indicação do tratamento do parceiro com penicilina – em outras

CRS o percentual foi menor que 70%, sendo 69,1% na Leste, 68,3% na Sul, 64,9% na Sudeste e 57,0% na Norte.

Tabela 8 – Distribuição das UBS segundo marcador de vulnerabilidade programática de respostas às necessidades de tratamento em DST/HIV/aids e Coordenadorias Regionais de Saúde. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.

MARCADOR DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA Respostas às Necessidades de Tratamento em DST/HIV/aids (7 itens)	Coordenadorias Regionais de Saúde									
	Centro - Oeste (N=14)		Leste (N=94)		Norte (N=86)		Sudeste (N=74)		Sul (N=60)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A. Faz tratamento com Penicilina Benzatina quando diagnóstico de sífilis na gestante.	10	71,4	85	90,4	75	87,2	64	86,5	55	91,7
B. Indica tratamento com Penicilina Benzatina, sem pedido ou resultado de exame, do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis.	10	71,4	65	69,1	49	57,0	48	64,9	41	68,3
C. Realiza tratamento da candidíase.	14	100,0	94	100,0	86	100,0	74	100,0	60	100,0
D. Realiza tratamento da sífilis.	14	100,0	94	100,0	85	98,8	74	100,0	60	100,0
E. Realiza tratamento da tricomoníase.	14	100,0	93	98,9	84	97,7	72	97,3	59	98,3
F. Realiza tratamento da clamídia.	12	85,7	87	92,6	82	95,3	64	86,5	53	88,3
G. Faz atendimento com base na abordagem sindrômica.	12	85,7	88	93,6	69	80,2	54	73,0	51	85,0

Observa-se que na maioria das UBS das cinco CRS ocorria o atendimento com base na abordagem sindrômica das DST, ainda que em item posteriormente avaliado os profissionais da saúde tenham afirmado que não haviam sido capacitadas para tal. Cabe ressaltar que na CRS Sudeste não passa de 73% as UBS que faziam o atendimento com base na abordagem sindrômica.

Na Tabela 9 encontram-se os itens que compõem o marcador de vulnerabilidade programática das **Ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às DST/HIV/aids**. Sobre o item A, que trata da agenda da primeira consulta de pré-natal ocorrer em até duas semanas, a maioria das UBS disse que o faz, mas em nenhuma CRS ocorre em 100% delas.

No item B, sobre a oferta do exame de Papanicolaou às gestantes, como procedimento padrão, a maioria das UBS das CRS afirmou realizar; no entanto, em 10 UBS da CRS Leste essa não era uma prática desses serviços.

Quanto aos exames laboratoriais à gestante para detecção de condição prévia de possíveis infecções (itens C e F), cai o percentual de UBS em todas as CRS quanto à oferta de teste para HIV e sífilis. Em relação à sífilis, chama a atenção o baixo percentual (abaixo de 70%) de UBS de todas as CRS que ofereciam teste de detecção de sífilis à gestante: 69,8% Norte, 63,3% Sul, 62,2% Sudeste, 55,3% Leste e 50,0% na Centro-Oeste. Para o teste de detecção do HIV, não passou de 78,6% na CRS Centro-Oeste, 75,0% na Sul, 66,0% na Leste, 64,0% na Norte e 63,5% na Sudeste.

Para os exames de detecção das hepatites B e C (itens D e E) observa-se maior percentual de UBS em todas as CRS que ofertavam sorologia, maior para hepatite B do que para C. Na oferta de teste para hepatite B, algumas UBS cobriam a totalidade nas CRS (Centro-Oeste, Leste, Sul e Sudeste), e para hepatite C foi de quase 100,0% nas cinco CRS.

Tabela 9 – Distribuição das UBS segundo marcador de vulnerabilidade programática de ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às DST/HIV/aids e Coordenadorias Regionais de Saúde. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.

MARCADOR DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA Ações de pré natal e puerpério em relação à atenção às DST/HIV/aids (11 itens)	Coordenadorias Regionais de Saúde									
	Centro - Oeste (N=14)		Leste (N=94)		Norte (N=86)		Sudeste (N=74)		Sul (N=60)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A. Agenda da primeira consulta de pré-natal é até duas semanas.	13	92,9	90	95,7	82	95,3	69	93,2	54	90,0
B. A oferta do exame de Papanicolaou às gestantes é um procedimento padrão.	13	92,9	84	89,4	82	95,3	68	91,9	59	98,3
C. Oferece teste de detecção de sífilis à gestante.	7	50,0	52	55,3	60	69,8	46	62,2	38	63,3
D. Faz teste de detecção da Hepatite B no pré-natal.	14	100,0	94	100,0	83	96,5	74	100,0	60	100,0
E. Faz teste de detecção da Hepatite C à gestante.	13	92,9	86	91,5	79	91,9	70	94,6	51	85,0
F. Faz teste de detecção de HIV no pré-natal.	11	78,6	62	66,0	55	64,0	47	63,5	45	75,0
G. Realiza abordagem consentida para solicitação de teste para HIV à gestante.	4	28,6	82	87,2	69	80,2	52	70,3	49	81,7
H. A comunicação do diagnóstico de HIV à gestante é realizada por equipe multiprofissional.	4	28,6	37	39,4	33	38,4	28	37,8	17	28,3
I. Realiza busca ativa para comparecimento do parceiro da gestante com diagnóstico de HIV.	13	92,9	94	100,0	82	95,3	74	100,0	59	98,3

continua

continuação e conclusão

MARCADOR DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA Ações de pré natal e puerpério em relação à atenção às DST/HIV/aids (11 itens)	Coordenadorias Regionais de Saúde									
	Centro - Oeste (N=14)		Leste (N=94)		Norte (N=86)		Sudeste (N=74)		Sul (N=60)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
J. Notifica o diagnóstico de sífilis da gestante.	14	100,0	94	100,0	85	98,8	74	100,0	60	100,0
K. Tem hospital de referência para o parto da gestante HIV positiva.	13	92,9	89	94,7	84	97,7	71	95,9	59	98,3

A abordagem consentida para solicitação do teste para HIV à gestante (item G) era uma prática realizada por 28,6% das UBS da CRS Centro-Oeste; na CRS Sudeste foi de 70,3% e nas demais CRS o percentual máximo foi de 87,2%.

São minorias as UBS de todas as CRS em que a comunicação do diagnóstico de HIV à gestante era realizada por membro da equipe multiprofissional (item H); na CRS Leste era em 39,4%, na Norte em 38,4%, na Sudeste em 37,8%, na Centro-Oeste em 28,6% e na Sul em 28,3%, prática esta realizada nos serviços de referência em HIV. Nas UBS, de modo geral era feito pelo médico, conforme apontado anteriormente.

A maioria das UBS de todas as CRS realizavam busca ativa para comparecimento do parceiro da gestante com diagnóstico de HIV (item I).

Uma UBS na CRS Norte disse não notificar o diagnóstico de sífilis da gestante (item J); em 100% das UBS das quatro outras CRS isso ocorria. A maioria das UBS identificou hospital de referência para o parto da gestante HIV positiva (item K).

Na Tabela 10 encontram-se os itens que compõem o marcador de vulnerabilidade programática das **Ações de prevenção em relação às**

DST/HIV/aids. Uma pré-condição para a realização dessas ações diz respeito à realização de capacitação dos profissionais para abordagem sindrômica das DST (item A); no entanto, como já identificado, é baixo o percentual de UBS que a atendeu. O maior percentual de UBS capacitadas encontrava-se na CRS Leste 70,2%, diminuindo na Sul, para 55,0%, na Centro-Oeste, para 50,0%, na Norte, para 45,3%, e na Sudeste para 31,1%.

Tabela 10 – Distribuição das UBS segundo marcador de vulnerabilidade programática das ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids e Coordenadorias Regionais de Saúde. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.

MARCADOR DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids (10 itens)	Coordenadorias Regionais de Saúde									
	Centro - Oeste (N=14)		Leste (N=94)		Norte (N=86)		Sudeste (N=74)		Sul (N=60)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A. Profissionais capacitados para realizar o atendimento por abordagem sindrômica das DST.	7	50,0	66	70,2	39	45,3	23	31,1	33	55,0
B. Profissionais capacitados para realizar o aconselhamento na oferta do teste de HIV.	5	35,7	46	48,9	29	33,7	24	32,4	15	25,0
C. Realiza ação para comparecimento do (a) parceiro (a) em caso de DST.	13	92,9	93	98,9	84	97,7	71	95,9	58	96,7
D. Realiza ação para comparecimento do (a) parceiro (a) quando há caso específico de HIV.	12	85,7	94	100,0	84	97,7	72	97,3	57	95,0
E. Faz busca ativa de usuários portadores de DST que não comparecem à unidade.	13	92,9	92	97,9	83	96,5	72	97,3	58	96,7

continua

continuação e conclusão

MARCADOR DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA	Coordenadorias Regionais de Saúde									
	Centro - Oeste (N=14)		Leste (N=94)		Norte (N=86)		Sudeste (N=74)		Sul (N=60)	
	Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids (10 itens)	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
F. Equipe multiprofissional faz o preenchimento da notificação de exame positivo para detecção de sífilis.	8	57,1	54	57,4	47	54,7	30	40,5	43	71,7
G. Realiza teste para HIV, na população em geral, em qualquer dia da semana.	13	92,9	87	92,6	85	98,8	65	87,8	54	90,0
H. Faz aconselhamento para o exame de HIV.	0	0,0	11	11,7	8	9,3	9	12,2	7	11,7
I. O tempo médio do retorno do resultado do exame de HIV positivo à unidade é de até 7 dias.	11	78,6	36	38,3	24	27,9	26	35,1	29	48,3
J. Realiza abordagem consentida ao pedir exame de HIV.	3	21,4	82	87,2	70	81,4	52	70,3	44	73,3

Tratando-se da capacitação para realizar o aconselhamento na oferta do teste de HIV (item B), os percentuais de UBS nessa condição foram ainda menores; na CRS Leste foi 48,9%, Centro-Oeste, 35,7%, Norte, 33,7%, Sudeste, 32,4% e Sul, 25%. Dessa forma, foram poucas as UBS que indicaram a realização dessa ação (item H): na CRS Sudeste, 12,2%, na Leste, 11,7%, na Sul, 11,7%, na Norte, 9,3%, e na Centro-Oeste não ocorreu (0,0%). Independentemente, verifica-se que o teste para HIV estava disponível em qualquer dia da semana (item G), na maioria das UBS de todas as CRS.

Em 78,6% das UBS das CRS Centro-Oeste, o tempo médio do retorno do resultado do exame de HIV positivo à unidade era de até sete dias (item I); os percentuais foram ainda menores nas CRS Sul (48,3%), Leste (38,3%), Sudeste (35,1%) e Norte (27,9%).

As ações que tratam de busca de comunicantes (itens C e D) eram feitas na maioria das UBS da totalidade das CRS. Da mesma forma, era feita a busca ativa dos usuários portadores de DST que não comparecem à unidade (item E).

Na minoria (40,5%) das UBS da CRS Sudeste era a equipe multiprofissional que fazia o preenchimento da notificação de exame positivo para detecção de sífilis. Nas UBS da CRS Sul eram 71,7%, Leste, 57,4%, Centro-Oeste, 57,1% e Norte 54,7% (item F).

Não chegou a 22% as UBS da CRS Centro-Oeste que realizavam abordagem consentida ao pedir exame de HIV (item J), lembrando que nessa região foram poucas as UBS participantes do estudo. Mesmo com percentuais mais altos, nas CRS Sudeste e Sul não ultrapassou 74%.

O marcador de vulnerabilidade programática de **Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade** é apresentado na Tabela 11. Os itens A e B que tratam da notificação de sífilis e HIV de gestante, respectivamente, foram aqueles com maior percentual de UBS que atenderam à condição, tendo sido na CRS Centro-Oeste de 100% para o item B.

Quanto a fornecer ficha de encaminhamento e marcar consulta na referência em DST/aids (CRT e SAE) das gestantes diagnosticadas com HIV (item C), ocorria em menos de 73% das UBS na Leste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, e na Norte não passavam de 48,8% as UBS que agendavam a consulta.

Esses resultados diferem pouco quando diagnosticado resultado positivo para HIV em usuário das UBS que não era gestante (item F), sendo o máximo 78,6% na CRS Centro-Oeste e o mínimo 48,8% na Norte.

Nos itens D e E, que tratam do fluxo de comunicação entre os diferentes serviços de saúde, foi baixo o retorno das informações, visto que na CRS Sul foi 76,7%, na Sudeste, 64,9%, na Centro-Oeste, 57,1% e na Norte, 53,5%, dos serviços de referência em DST/aids (CRT e SAE). Informações específicas sobre o parto das gestantes na CRS Leste não ultrapassaram os 78,7%, Sudeste, 68,9%, Norte, 65,1%, e Centro-Oeste, 64,3%.

Tabela 11 – Distribuição das UBS segundo marcador de vulnerabilidade programática de integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade e Coordenadorias Regionais de Saúde. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.

MARCADOR DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade (8 itens)	Coordenadorias Regionais de Saúde									
	Centro - Oeste (N=14)		Leste (N=94)		Norte (N=86)		Sudeste (N=74)		Sul (N=60)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A. Existe fluxo de notificação de sífilis congênita na maternidade.	12	85,7	92	97,9	75	87,2	62	83,8	54	90,0
B. Faz a notificação do diagnóstico de HIV da gestante.	14	100,0	90	95,7	80	93,0	71	95,9	58	96,7
C. Fornece ficha de encaminhamento e marca consulta na referência em DST/aids (CRT e SAE) das gestantes diagnosticadas com HIV.	10	71,4	68	72,3	42	48,8	47	63,5	39	65,0
D. Existe retorno das informações à unidade, após o encaminhamento das gestantes às referências. DST/aids (CRT e SAE).	8	57,1	76	80,9	46	53,5	48	64,9	46	76,7

continua

continuação e conclusão

MARCADOR DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade (8 itens)	Coordenadorias Regionais de Saúde									
	Centro - Oeste (N=14)		Leste (N=94)		Norte (N=86)		Sudeste (N=74)		Sul (N=60)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
E. Existe retorno para a unidade sobre o parto da gestante HIV encaminhada.	9	64,3	74	78,7	56	65,1	51	68,9	49	81,7
F. Faz o agendamento na referência em DST/aids, quando diagnostica resultado positivo para HIV.	11	78,6	66	70,2	42	48,8	49	66,2	37	61,7
G. Existe fluxo de referência/contrarreferência dos pacientes encaminhados à especialidade em DST/aids.	4	28,6	31	33,0	20	23,3	19	25,7	19	31,7
H. Faz o acompanhamento dos casos encaminhados à referência em DST/aids.	10	71,4	83	88,3	70	81,4	58	78,4	58	96,7

Em todas as CRS foi baixo o fluxo de comunicação de referência/contrarreferência dos pacientes encaminhados à especialidade em DST/aids (item G), onde a porcentagem máxima ficou na CRS Leste, com 33,0%, seguida da Sul (31,7%), Centro-Oeste (28,6%), Sudeste (25,7%) e Norte (23,3%). Mas, apenas 78,4% das UBS da CRS Sudeste e 71,4% da Centro-Oeste referiram que acompanhavam os casos encaminhados à referência em DST/aids (item H).

4.3 AS UBS SEGUNDO GRAU DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

No Município de São Paulo, tomando as 328 UBS do estudo, observa-se que, na maioria dos marcadores avaliados, nos marcadores de Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência, Resposta às Necessidades de Tratamento e Ações de Pré-Natal e Puerpério em Relação à Atenção às DST/HIV/aids, houve situações de baixa e média vulnerabilidade.

Na Tabela 12 é apresentada a distribuição das UBS segundo marcadores de vulnerabilidade, Coordenadorias Regionais de Saúde e grau de vulnerabilidade programática.

No marcador de Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em DST/HIV/aids, das cinco CRS, a CRS Leste (96,8%) e a Centro-Oeste (92,9%) foram as UBS que tiveram maior percentual de baixa vulnerabilidade.

Com relação ao marcador Resposta às Necessidades de Tratamento em DST/HIV/aids, das cinco CRS, a CRS Leste e CRS Norte, 86,2% e 81,4%, respectivamente, tiveram maiores percentuais de UBS classificadas como de baixa vulnerabilidade.

No marcador Ações de Pré-Natal e Puerpério em Relação à Atenção às DST/HIV/aids, as regiões com os maiores pontos foram CRS Sul (98,3%), CRS Norte (94,2%), CRS Leste (93,6%) e CRS Sudeste (91,9%), UBS com os maiores percentuais de baixa vulnerabilidade.

No marcador de Ações de Prevenção em Relação às DST/HIV/aids, a maioria das UBS foi classificada como de média vulnerabilidade programática. Das cinco CRS, as UBS da CRS Centro-Oeste (78,6%) e a CRS Norte (76,7%) tiveram maiores percentuais de média vulnerabilidade. Em alta vulnerabilidade encontraram-se UBS na CRS Centro-Oeste (7,1%), seguida da CRS Sudeste (4,1%), CRS Sul (3,3%) e CRS Norte (1,2%).

Tabela 12 – Distribuição das UBS segundo marcadores de vulnerabilidade, Coordenadorias Regionais de Saúde e grau de vulnerabilidade programática. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.

Marcadores de Vulnerabilidade	CRS	Escala de Vulnerabilidade Programática		
		Alta %	Média %	Baixa %
Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids	Centro-oeste (N=14)	-	7,1	92,9
	Leste (N=94)	-	3,2	96,8
	Norte (N=86)	-	16,3	83,7
	Sudeste (N=74)	-	12,2	87,8
	Sul (N=60)	-	20,0	80,0
Respostas às Necessidades de Tratamento em DST/HIV/aids	Centro-oeste (N=14)	-	21,4	78,5
	Leste (N=94)	-	13,8	86,2
	Norte (N=86)	-	18,6	81,4
	Sudeste (N=74)	-	28,4	71,6
	Sul (N=60)	-	21,7	78,3
Ações de Pré-Natal e Puerpério em relação a atenção às DST/HIV/aids	Centro-oeste (N=14)	-	28,6	71,4
	Leste (N=94)	-	6,4	93,6
	Norte (N=86)	-	5,8	94,2
	Sudeste (N=74)	-	8,1	91,9
	Sul (N=60)	-	1,7	98,3
Ações de Prevenção em Relação às DST/HIV/aids	Centro-oeste (N=14)	7,14	78,6	14,3
	Leste (N=94)	-	58,5	41,5
	Norte (N=86)	1,2	76,7	22,1
	Sudeste (N=74)	4,1	74,3	21,6
	Sul (N=60)	3,3	65,0	31,7
Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade	Centro-oeste (N=14)	7,1	28,6	64,3
	Leste (N=94)	1,1	27,7	71,3
	Norte (N=86)	10,5	51,2	38,4
	Sudeste (N=74)	1,4	51,4	47,3
	Sul (N=60)	-	35,0	65,0

Com relação ao marcador de Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade, das cinco CRS, as UBS da CRS

Sudeste (51,4%) e da CRS Norte (51,2%) tiveram maiores percentuais de média vulnerabilidade. Em alta vulnerabilidade programática foram classificadas as UBS da CRS Norte (10,5%), seguida das UBS da CRS Centro-Oeste (7,1%).

Analisando as UBS, segundo o grau de vulnerabilidade programática, de acordo com modelo de organização da atenção à saúde, verifica-se que, no marcador de Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em DST/HIV/aids, as UBS com o modelo de UBS exclusiva “tradicional” (93,3%) tiveram maior percentual de baixa vulnerabilidade (Tabela 13).

Com relação ao marcador Resposta às Necessidades de Tratamento em DST/HIV/aids, as UBS com o modelo da ESF exclusiva (84,4%) tiveram maior percentual de baixa vulnerabilidade.

No marcador Ações de Pré-Natal e Puerpério em Relação à Atenção às DST/HIV/aids, as UBS com o modelo UBS com ESF “mista” (98,5%) tiveram maior percentual de baixa vulnerabilidade.

No marcador das Ações de Prevenção em Relação às DST/HIV/aids, a maioria das UBS foi classificada como média vulnerabilidade programática. As UBS com o modelo ESF exclusiva se destacaram com o maior percentual (71,1%). Em alta vulnerabilidade programática estavam as UBS com o modelo UBS exclusiva “tradicional” (3,7%).

Com relação ao marcador de Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade, o maior percentual em média vulnerabilidade programática foi encontrado nas UBS com o modelo ESF “mista” (45,5%). Em Alta vulnerabilidade, foi encontrado em UBS exclusiva “tradicional” (6,0%).

Tabela 13 – Distribuição das UBS segundo marcadores de vulnerabilidade, modelo de organização da atenção a saúde e grau de vulnerabilidade programática. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.

Marcadores de Vulnerabilidade	Modelo de Organização da Atenção a Saúde	Escala de Vulnerabilidade Programática		
		Alta	Média	Baixa
		%	%	%
Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids	ESF exclusiva (N=128)	-	18,0	82,0
	UBS com ESF ("mista") (N=66)	-	10,6	89,4
	UBS exclusiva ("tradicional") (N=134)	-	6,7	93,3
Respostas às Necessidades de Tratamento em DST/HIV/aids	ESF exclusiva (N=128)	-	15,6	84,4
	UBS com ESF ("mista") (N=66)	-	21,2	78,8
	UBS exclusiva ("tradicional") (N=134)	-	23,9	76,1
Ações de Pré Natal e Puerpério em relação a atenção às DST/HIV/aids	ESF exclusiva (N=128)	-	5,5	94,5
	UBS com ESF ("mista") (N=66)	-	1,5	98,5
	UBS exclusiva ("tradicional") (N=134)	-	9,7	90,3
Ações de Prevenção em Relação às DST/HIV/aids	ESF exclusiva (N=128)	0,8	71,1	28,1
	UBS com ESF ("mista") (N=66)	1,5	68,2	30,3
	UBS exclusiva ("tradicional") (N=134)	3,7	67,2	29,1
Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade	ESF exclusiva (N=128)	0,8	33,6	65,6
	UBS com ESF ("mista") (N=66)	4,5	45,5	50,0
	UBS exclusiva ("tradicional") (N=134)	6,0	44,8	49,3

Analisando as UBS, segundo o grau de Vulnerabilidade Programática, de acordo com a classificação do tipo de OSS, observa-se que, no marcador

de Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em DST/HIV/aids, as UBS gerenciadas por OSS “Religiosa” (91,0%) tiveram maior percentual de UBS classificadas como de baixa vulnerabilidade. Maiores percentuais de UBS nessa condição também foram encontrados naquelas em que não havia OSS (90,0%) (Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição das UBS segundo marcadores de vulnerabilidade, Organizações Sociais de Saúde e grau de vulnerabilidade programática. Município de São Paulo, São Paulo, 2012.

Marcadores de Vulnerabilidade	Organizações Sociais de Saúde	Escala de Vulnerabilidade Programática		
		Alta	Média	Baixa
		%	%	%
Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids	Associação (N = 178)	-	12,9	87,1
	Religiosa (N = 67)	-	9,0	91,0
	Sem parceria (N = 60)	-	10,0	90,0
	Universitária (N = 23)	-	17,4	82,6
Respostas às Necessidades de Tratamento em DST/HIV/aids	Associação (N = 178)	-	18,5	81,5
	Religiosa (N = 67)	-	16,4	83,6
	Sem parceria (N = 60)	-	30,0	70,0
	Universitária (N = 23)	-	17,4	82,6
Ações de Pré-Natal e Puerpério em relação a atenção às DST/HIV/aids	Associação (N = 178)	-	5,6	94,4
	Religiosa (N = 67)	-	6,0	94,0
	Sem parceria (N = 60)	-	10,0	90,0
	Universitária (N = 23)	-	4,3	95,6
Ações de Prevenção em Relação às DST/HIV/aids	Associação (N = 178)	1,7	72,5	25,8
	Religiosa (N = 67)	3,0	62,7	34,3
	Sem parceria (N = 60)	23,3	65,0	31,7
	Universitária (N = 23)	-	69,6	30,4
Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade	Associação (N = 178)	2,8	43,8	53,4
	Religiosa (N = 67)	-	26,9	73,1
	Sem parceria (N = 60)	6,7	50,0	43,3
	Universitária (N = 23)	13,0	30,4	56,5

Com relação ao marcador Resposta às Necessidades de Tratamento em DST/HIV/aids, as UBS gerenciadas por OSS “Religiosa” (83,6%) também foram aquelas com o maior percentual de baixa vulnerabilidade, seguida das UBS geridas por OSS “Universitária” (82,6%).

No marcador Ações de Pré-Natal e Puerpério em Relação à Atenção às DST/HIV/aids, o maior percentual de baixa vulnerabilidade encontrado foi nas UBS gerenciadas por OSS “Universitária” (95,6%), seguida das UBS gerenciadas por OSS “Associação” (94,4%).

No marcador de Ações de Prevenção em Relação às DST/HIV/aids, a maioria das UBS gerenciadas por OSS “Associação” (72,5%) foi classificada como de média vulnerabilidade programática. Em alta vulnerabilidade programática estavam as UBS “Sem parceria” (23,3%).

Com relação ao marcador de Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade, a maioria das UBS “Sem parcerias” (50,0%) foi classificada como de média vulnerabilidade programática. E em alta vulnerabilidade estavam as UBS gerenciadas por OSS “Universitária” (13,0%).

Os resultados apresentados, que trataram de descrever as UBS segundo os marcadores de vulnerabilidade programática, ao estabelecerem graus diferenciados deste, mostraram os maiores desafios para efetivação do princípio da integralidade traduzidos na *acessibilidade, porta de entrada, vínculo, profissionais da saúde e coordenação/integração*.

Há vulnerabilidade programática na perspectiva da *acessibilidade*, quando se observa falta de materiais básicos para atividade educativa, de insumos de prevenção e contracepção: DIU, oferta do teste de detecção de sífilis à gestante no primeiro e terceiro trimestres da gestação, do teste de detecção do HIV no pré-natal e no tempo do retorno do resultado do exame de HIV positivo à unidade maior que sete dias.

Em relação à *porta de entrada*, foi possível identificar vulnerabilidade programática quando há baixa indicação do tratamento com Penicilina

Benzatina, sem pedido ou resultado de exame, do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis.

Quanto ao *vínculo*, existe vulnerabilidade programática quando pouco se realiza o aconselhamento para o exame do HIV para os usuários da UBS; a abordagem consentida para solicitação de teste para HIV à gestante ou aos outros usuários da UBS e a comunicação do diagnóstico de HIV à gestante não são realizadas pela equipe multiprofissional.

Os *profissionais da saúde* sem capacitação para realizar o atendimento por abordagem sindrômica das DST e para o aconselhamento na oferta do teste HIV também aumentam a vulnerabilidade programática das UBS.

Os resultados mostram que, em particular, a *coordenação/integração* entre os serviços da Atenção Básica e os da Atenção Secundária e Terciária ou a falta desta é um dos entraves para que se efetive a integralidade da atenção em relação às DS/HIV/aids. Verificou-se baixo retorno das informações à unidade, após o encaminhamento das gestantes às referências DST/aids (CRT e SAE), retorno para a unidade sobre o parto da gestante HIV encaminhada, do fluxo de referência/contrarreferência dos pacientes encaminhados à especialidade em DST/aids, do fornecimento da ficha de encaminhamento e marcação da consulta na referência em DST/aids (CRT e SAE) das gestantes diagnosticadas com HIV; é feito o agendamento na referência em DST/aids, quando se diagnostica resultado positivo para HIV, e o preenchimento da notificação de exame positivo para detecção de sífilis pela equipe multiprofissional.

No capítulo a seguir, serão aprofundadas essas discussões.

5 DISCUSSÃO

5 VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E A INTEGRALIDADE

Neste capítulo, discute-se a organização das UBS na perspectiva da vulnerabilidade programática segundo as regiões, os modelos de organização da atenção à saúde, as parcerias com as OSS e a formação profissional dos gerentes.

5.1 AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, AS CORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE E A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

A análise da integralidade na atenção ao HIV/aids nas UBS da SMS de São Paulo, de acordo com os marcadores de vulnerabilidade programática relacionados à estrutura e dinâmica de organização dos serviços de saúde e à operacionalização das ações, demonstrou desafios a serem superados. Outros estudos já indicavam fragilidades nas possibilidades de enfrentamento da epidemia na Atenção Básica, relacionadas às próprias dificuldades referidas a esse nível de assistência, relacionado ao seu modelo de organização (Takahashi, 2006; Ferraz, Nemes, 2009; Nichiata, 2008).

Diferenças foram identificadas em termos de vulnerabilidade programática entre as UBS da cidade de São Paulo, considerando-se as cinco regiões.

Um primeiro enfrentamento diz respeito à **Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção em DST/HIV/aids**; grande parte das UBS classificadas como média vulnerabilidade programática encontravam-se na CRS Sul, lembrando que esse marcador reúne aspectos que tratam da privacidade visual/auditiva para atendimento em DST/HIV/aids, disponibilidade/quantidade de insumos de contracepção e prevenção, entre

outros. Esse é um alerta, justamente na região onde vem ocorrendo aumento no número de casos de aids, de 8,7% (1980 a 1989), 10,8% (1990 a 1999) e 15% (2000 a 2010) (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2011).

Na coordenaria Sul encontra-se maior concentração da população residente nos setores censitários de alta e muito alta Vulnerabilidade Social (VS), segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), com grande concentração da população residente formada por pessoas na faixa etária de 15 e 59 anos, aumento da população de 60 anos, maior incidência de mulheres em idade fértil (15 e 49 anos) e baixa proporção de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal (São Paulo, 2010d; São Paulo, 2011c).

Os estabelecimentos de saúde pública totalizaram 221, entre os quais estão 119 UBS, e dos serviços específicos relacionados às DST/HIV/aids são um Centro Referência (CR), dois Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), dois Serviços de Atenção Especializada (SAE) e nenhum Ambulatório de Especialidades (AE) (São Paulo, 2012a). É uma das localidades com maior número de serviços de saúde, abaixo somente da CRS Leste; ainda assim, há na região alta necessidade de expansão da oferta de serviços de saúde, particularmente os distritos de Capão Redondo, Cidade Ademar, Cidade Dutra, Grajaú, Jardim Ângela, Jardim São Luís, Marsilac, Parelheiros e Pedreira (São Paulo, 2011c).

Outro desafio diz respeito às **Respostas às Necessidades de Tratamento das DST/HIV/aids**, mostrando que grande parte das UBS de média vulnerabilidade programática encontrava-se na CRS Sudeste, onde se concentra o maior número de casos de aids no MSP. Lembrando que esse marcador reúne o tratamento com Penicilina Benzatina, sem pedido ou resultado de exame, do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis e o atendimento com base na abordagem sindrômica das DST.

Nessa coordenadoria está 12,8% da população residente nos setores censitários de alta e muito alta VS. Existem diversas favelas, muitas em

áreas de risco, cortiços, alta densidade populacional, alta incidência de mulheres em idade fértil (15 e 49 anos) e as mais altas taxas de natalidade (São Paulo, 2010d; São Paulo, 2011c). Sabe-se que o baixo nível socioeconômico está relacionado à coinfeção Tuberculose/HIV e confirma a estreita relação da dupla infecção com a exclusão social (Vendramini et al., 2010; Neves, 2010)

Os estabelecimentos de saúde totalizam 216, entre os quais estão: 89 UBS, 1 CR, 1 CTA, 2 AE e 2 SAE. O Brás é o distrito da região com alta necessidade de expansão da oferta de serviços de saúde (São Paulo, 2011c; São Paulo, 2012a).

É no marcador de **Integração das Ações entre UBS, SAE em HIV/DST/aids e maternidade** que se encontra um dos pontos críticos a ser enfrentado, mostrando que de fato há fragmentação. A integralidade na forma de organização dos sistemas e serviços de saúde também se refere à integração com os demais setores e serviços sociais disponíveis para a atenção integral à saúde, reconhecendo a não fragmentação da atenção e considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais (Mattos, 2009b; Paim, Silva, 2010).

A CRS Norte foi a que apresentou grande parte das UBS classificadas como alta vulnerabilidade programática, traduzida na insuficiência do fornecimento da ficha de encaminhamento e marcação de consulta das gestantes ou outros usuários diagnosticados com HIV na referência, do retorno das informações à unidade, após o encaminhamento das gestantes à referência, e do fluxo de referência e contrarreferência.

Essa é a segunda maior região do MSP com o maior número de casos de aids (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2010; São Paulo, 2011c). Nessa coordenadoria está 14,5% da população residente nos setores censitários de alta e muito alta VS, com habitações precárias, ausência de serviço de saneamento básico e com alta densidade populacional (São Paulo, 2010d; São Paulo, 2011c).

É nessa CRS que está o distrito de Brasilândia, com a maior concentração de usuários do SUS. Os estabelecimentos de saúde totalizam 194, entre os quais estão: 86 UBS (1 CR, 1 CTA, 1 SAE e não há AE). Brasilândia, Cachoeirinha, Jaçanã, Jaraguá, Tremembé, Vila Maria são os distritos com alta necessidade de expansão da oferta de serviços de saúde (São Paulo, 2011c; São Paulo, 2012a).

Percebe-se que a região possui grande número de casos de aids, poucos serviços de saúde, poucos serviços especializados em DST/aids e que muito ainda tem que ser feito com relação à assistência pré-natal e à integração com os demais serviços UBS, SAE em HIV/DST/aids e maternidade no MSP.

Apesar do baixo número de UBS participantes do estudo, foi a CRS Centro-Oeste que apresentou grande parte das UBS em média vulnerabilidade programática, no marcador de Ações de Pré-Natal e Puerpério em Relação à Atenção às DST/HIV/aids. Esse marcador faz referência à comunicação do diagnóstico de HIV à gestante, realizado por equipe multiprofissional, à realização da abordagem consentida para solicitação do teste anti-HIV à gestante e ao oferecimento do teste de sífilis à gestante. Em alta vulnerabilidade, no marcador de Ações de Prevenção em Relação às DST.

É nas áreas periféricas dessa CRS que estão concentradas favelas, cortiços e 60% da população em situação de rua na região central (São Paulo, 2010d), demandando que mais ações programáticas de prevenção às DST sejam desenvolvidas, visto que é a terceira região com o maior número de casos de aids no MSP (Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2010; São Paulo, 2011c).

Verifica-se que no distrito da Sé 52,3% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal em 2008, mostrando ser essa uma das regiões principais para ampliação da cobertura dos serviços de prevenção às DST e de pré-natal no município (São Paulo, 2011c).

Os estabelecimentos de saúde totalizavam 100, distribuídos entre 34 UBS, 1 CTA, 3 SAE e nenhum CR ou AE. Bom Retiro e Sé são os distritos com alta necessidade de expansão da oferta de serviços de saúde (São Paulo, 2011c; São Paulo, 2012a).

No MSP ainda estão presentes intensas desigualdades sociais que interferem nas condições de vida da população. Portanto, “para além do próprio enfrentamento da epidemia de HIV/aids, necessariamente as ações devem buscar corrigir as desigualdades sociais existentes” (Nichita, Takahashi, Egry, 2004).

O padrão de mortalidade da aids reflete na dinâmica, na incidência, nas diferenças na acessibilidade aos serviços de saúde e ao tratamento. É nas áreas periféricas e socialmente desfavorecidas que ocorre a maior concentração de mortalidade por aids; portanto, é imprescindível “a elaboração de políticas sociais que considerem as necessidades das populações que vivem nessa área” (Farias, Cardoso, 2005; p.204).

É importante frisar que a correlação entre a mortalidade por aids e os índices de exclusão social mostram que a epidemia atinge populações mais pobres do Município de São Paulo. Os maiores coeficientes de mortalidade estão nos distritos onde se encontram as maiores taxas de mulheres chefes de família/analfabetas acima da média do município (pauperização/feminização). A maior mortalidade masculina está nos distritos com menor qualidade de vida. Em 2010, a aids foi a primeira causa de morte em mulheres na faixa etária de 25 a 34 anos e a segunda em homens na faixa etária de 35 a 44 anos (Farias, Cardoso, 2005; Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST, 2011).

5.2 AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Os resultados mostram que há na cidade de São Paulo diversidade na forma de organização da atenção à saúde nas UBS, sendo na maioria das regiões tipo “tradicional” ou “ESF exclusiva”, seguida de um misto desses. Embora venha ocorrendo ampliação de UBS com equipes de saúde da família desde a implementação da Estratégia pela SMS, com meta para 2012 de chegar a 44,3% (São Paulo, 2010a), possivelmente serão mantidas essas diferentes formas de atuação da Atenção Básica.

As UBS “tradicionais” aparelhadas nos anos 1970 no País para desenvolverem o modelo da Programação em Saúde, na forma de atendimento da população realizado por demanda espontânea ou programada, não parecem estar sendo substituídas pela ESF, e discute-se se poderiam. Há muita desigualdade entre o percentual da população cadastrada e o de municípios abrangidos com a implantação da ESF nos municípios de pequeno e médio portes, demonstrando o “maior constrangimento para a consolidação da PSF como modalidade organizativa da atenção básica no País”, pois existe uma imensa dificuldade de atingir os municípios de grande porte (mais de 500 mil habitantes) e realizar cobertura universal de sua população residente (Elias et al., 2006; p. 634).

O processo de implantação da ESF nos 96 distritos administrativos no MSP ocorreu de forma heterogênea, consolidada nas regiões em que residem grupos sociais de maior exclusão, dessa forma, até o momento, não consolidando a ESF como o modelo de atenção hegemônico no município de São Paulo (Bousquat, Cohn, Elias, 2006).

Além disso, ainda que seja ela uma das prioridades do governo federal, de alguns governos estaduais e municipais para reorganização dos serviços de saúde, outras formas de serviços são organizadas. Diferentes dessa modalidade, devendo ser

considerados, como o caso de propostas alternativas, o da estratégia de promoção da saúde, o das Cidades Saudáveis, da atenção domiciliar, do acolhimento, entre outros (Paim, 2003; Zancan, 2003; Scholze et al., 2006; Silva et al., 2010)

No estado de São Paulo essa questão da diversidade de modelos é evidente. Na avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios, as UBS estudadas diferenciam-se em relação à organização dos cuidados oferecidos e aos mecanismos de gerência. As características organizacionais das UBS com ESF tendem a ser mais coerentes com as recomendações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do que os demais tipos de UBS. Mas o estudo também conclui que essa tendência não é uniforme dentro de cada tipo de unidade, e que, mesmo no interior dos tipos polares – Unidades de Saúde da Família (USF) e UBS, existem unidades que se aproximam ou se distanciam do perfil desejado, conforme as características concretas de sua estrutura e da organização do processo de trabalho (Castanheira et al., 2009).

Embora sejam distintos os tipos de serviços, ESF e tradicional UBS, existem características concretas de sua estrutura e da organização do processo de trabalho que interferem na sua resposta de enfrentamento do HIV/aids. A análise sobre a vulnerabilidade de âmbito programático, considerando os tipos de organização das UBS – ESF, “tradicional” e “mistas” – mostra que estas apresentaram indistintamente maiores percentuais de unidades consideradas como baixa vulnerabilidade na maior parte dos marcadores (Infraestrutura, Resposta às necessidades de tratamento e Ações de pré-natal e puerpério). No entanto, no que tange às **Ações de Prevenção em relação às DST/HIV**, foram as UBS tradicionais que apresentaram unidades identificadas como alta vulnerabilidade (Tabela 14).

Sempre lembrando que, em relação a esse marcador, se encontram elementos que tratam da capacitação dos profissionais para a realização da abordagem sindrômica das DST, do aconselhamento para a realização do

teste anti-HIV, ações de busca ativa do parceiro de DST/HIV, realização da abordagem consentida para a realização do teste anti-HIV e o acesso para coleta do exame em tempo oportuno. No conjunto dos itens avaliados no marcador **Ações de Prevenção em relação às DST/HIV**, ainda que tenham sido identificadas UBS classificadas como alta vulnerabilidade, é maior o percentual de UBS reconhecidas como de média que de baixa vulnerabilidade programática.

No marcador de **integração**, que trata da comunicação estabelecida entre os diferentes níveis (fluxo de notificação e encaminhamento) e referência e contrarreferência com retorno à UBS de informações para o seguimento dos casos, foram identificadas UBS classificadas como alta vulnerabilidade, embora o maior percentual de todas elas tenha sido de baixa vulnerabilidade.

Ferraz e Nemes (2009, p. 249), ao avaliarem uma UBS com ESF, na região metropolitana do MSP, observaram que o “perfil tecnológico da unidade se assemelha ao dos tradicionais serviços da atenção básica” no Brasil, o que limita a concretização do princípio da integralidade. Identificaram falta de infraestrutura básica como espaço físico adequado, profissionais em quantidade suficiente e dispositivos tecnológicos (instrumentos e saberes) que possibilitem operacionalizar a atenção integral. A abordagem ainda é biomédica, as atividades de prevenção são fundamentadas no senso comum, orientadas pela moral e características de cada profissional e as ações são apenas no modo de prescrição de condutas. A abordagem do uso do preservativo é apenas normativa, as usuárias não são atendidas em suas necessidades individuais. O tratamento é procurado mais por mulheres, resumido à prescrição medicamentosa, e o diálogo é restrito e pouco claro, apenas sobre o diagnóstico.

Por outro lado, apontam como avanços importantes a disponibilização de sorologias para HIV, hepatites B e C e sífilis, e de preservativos masculinos para a população geral e a importância dada pelos profissionais (apesar de que ainda no discurso) aos insumos de prevenção, o que pode

representar “um avanço na direção da integralidade” (Ferraz, Nemes, 2009; p. 248).

Num estudo realizado em USF do município de Campina Grande, Paraíba, verificou-se que a abordagem às DST é eminentemente curativista, centrada na atuação do profissional médico, focada no modelo biomédico (sinais e sintomas); a frequência da abordagem é por demanda espontânea (queixa); quem mais aborda são os médicos e enfermeiros e menos outros profissionais (agentes comunitários de saúde, auxiliar de enfermagem, dentista); os usuários mais abordados são as mulheres e a educação em saúde e o tratamento são as contribuições dos profissionais para minimizar as DST como problema de saúde pública. A abordagem às DST nas UBS com ESF apresenta pouca resolutividade dos serviços, traduzida na dificuldade de acesso, com agendamento de consultas insuficiente ou inexistente e pouca capacidade para atender demanda espontânea ou mesmo qualificação precária para o diagnóstico das DST e reconhecimento de sintomáticos como uma situação de emergência (Rodrigues et al., 2011). Ainda considerando diferenças regionais e de organização dos serviços, esses resultados também são semelhantes à realidade de São Paulo, em algumas de suas regiões (Nichiata, 2010).

A integralidade da atenção, traduzida na integração existente entre os diferentes serviços de saúde, segundo níveis de complexidades, tem sido amplamente discutida. Marsiglia (2008), em entrevista com 10 gerentes de UBS das regiões Norte e Centro-Oeste do MSP, verificou que não há diferença entre os modelos de organização dos serviços com relação às dificuldades para realizar encaminhamentos desse ponto da atenção para os demais. Para a atenção especializada existe um longo tempo de espera para o atendimento, marcação de datas, horários e locais sem verificação prévia nesses serviços, o que provoca muita perda de consultas por falta dos pacientes. Para os Centros de Referência DST, isso ocorre de forma mais ágil, embora possuam vagas muitas vezes limitadas. A comunicação se dá por meio de telefone, com grandes dificuldades. Um ponto destacado é a

não efetivação na contrarreferência para a Atenção Básica, sendo raro o retorno das informações de forma escrita/oficial, ficando o usuário como portador das informações sobre os resultados dos exames e as condutas a serem seguidas.

Percebe-se no nosso estudo que muito foi feito no sentido de que a maioria das UBS, independente do modelo de atenção, encontra-se em situação de baixa vulnerabilidade programática, porém ainda há desafios a serem superados com relação às ações de Prevenção às DST/HIV/aids e à integração dos serviços de saúde.

É necessária uma prática clínica que perceba as dimensões (biológicas, subjetivas e sociais), relacionadas às necessidades do usuário do serviço, buscando identificar vulnerabilidades, uma clínica ampliada que abranja promoção à saúde, prevenção, cura, reabilitação e que integre o coletivo e o individual (Capozzolo, Fortuna, Matumo, 2007).

Existe tensão entre as ações voltadas para responder às necessidades do coletivo e às singulares dificuldade de se organizar o processo de trabalho na oferta de uma assistência integral, acolher as demandas da população e desenvolver ações de saúde. Essa organização depende de diversos aspectos articulados e integrados, numa perspectiva da interdisciplinaridade, da atuação de cada trabalhador, “para a construção cotidiana de projetos coletivos de cuidado e do trabalho de equipe” (Capozzolo, Fortuna, Matumo, 2007; p.59).

Para efetivar e implementar a integração das ações de prevenção e assistência em DST/aids na rede de atenção básica, elas “dependem da continuidade de processos de apoio e qualificação das equipes de gestão e dos trabalhadores dos municípios na construção de uma atenção integral” (Capozzolo, Fortuna, Matumo, 2007; p.75).

5.3 AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E AS PARCERIAS COM AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (OSS)

Em 2009, havia no Município de São Paulo 24 entidades qualificadas como Organizações Sociais, dentre as quais 22 são Organizações Sociais de Saúde (OSS) (Montone, 2009). Na implementação da ESF na cidade de São Paulo, sob gestão municipal, utilizou-se como mecanismo para a contratação dos profissionais, da modalidade convênio com instituições privadas, as denominadas organizações parceiras, entidades gestoras, de direito privado, sem fins lucrativos. Segundo a Secretaria Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão de São Paulo há 12 contratos de gestão vigentes com as qualificadas (São Paulo, 2012b). No presente estudo foram identificadas 12 OSS. Em 2006, o Município de São Paulo qualifica as OSS como entidades sem fins lucrativos para gestão também de hospitais da sua rede (São Paulo, 2006; São Paulo, 2008a; Nogueira, 2010).

A OSS é responsável por diversas atividades, desde a contratação dos recursos humanos das equipes de saúde da família até a complementação salarial de médicos e enfermeiros do quadro de funcionários da SMS vinculados às equipes da ESF. Ao longo dos anos as OSS vêm assumindo a gestão administrativa das unidades e de repasse de recursos financeiros das equipes, enquanto outras tomam para si a realização de educação permanente, coordenação e supervisão direta das equipes de saúde da família (Ibañez et al., 2001; Bousquat, Cohn, Elias, 2006).

Respaldadas na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação das OSS (Brasil, 1998a), estas têm como características básicas conferir maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que prioriza resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados.

Segundo justifica a SMS, as vantagens de ter o gerenciamento das OSS nas unidades são a modernização da gestão da saúde, conferindo maior agilidade e a melhoria da prestação de serviços à população ao possibilitar maior controle dos custos e da aplicação dos recursos (São Paulo, 2007b).

Porém, existem argumentos contrários à implantação das OSS. As entidades de trabalhadores da saúde e grupos organizados atuantes nos conselhos de saúde federais, estaduais e municipais têm sido opositores à implantação desses contratos de gestão. E, quando implantados nos estados e municípios, têm gerado conflitos políticos entre os conselhos de saúde e os gestores do SUS. Apesar dessa oposição, as OSS estão presentes em quase todas as unidades federadas (Nogueira, 2010).

Ainda de acordo com Nogueira (2010), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) é contrário à implantação das OSS no SUS desde 1997 (Quadro 7).

Quadro 7 - Argumentos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) contra as propostas de Organizações Sociais.

Organizações Sociais (1997)*
<ul style="list-style-type: none">• Não explicitam as formas de relação entre os diferentes segmentos da clientela (SUS, convênio, seguros, etc.), podendo colocar em risco os princípios de universalidade, integralidade e equidade.
<ul style="list-style-type: none">• A transferência de patrimônio público estatal para essas organizações, sem garantias de ressarcimento em caso descumprimento de cláusulas contratuais, inépcia, malversação etc., constitui grave precedente.
<ul style="list-style-type: none">• Há aspectos, principalmente os relativos à gestão de Recursos Humanos, que não atendem às necessidades identificadas pelos gestores, criando situações de difícil administração, tais como a possibilidade de haver na mesma unidade funcionários submetidos a diferentes regimes e com diferente remuneração.

Fonte: Adaptado de: Nogueira (2010). CNS / *Resolução N.º 223, de 1997.

Na XIII Conferência Nacional de Saúde (2007), foi aprovada proposta, segundo Relatório Consolidado, para promoção e articulação de atores sociais contra a terceirização da gestão de unidades públicas de saúde por meio de OSS. Foi retirado da pauta de votação da Câmara Federal o Projeto de Lei Complementar 92 -A/2007; acredita-se que devido à pressão exercida pela Central Única dos Trabalhadores (CUT) e o CNS (Nogueira, 2010).

Não há consenso, “no tocante às questões da flexibilização da administração pública e das novas formas de parceria com o setor privado”, visto que não há até o momento posicionamento do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que são órgãos colegiados da área, segundo Nogueira (2010; p. 80).

Conforme salientam Ibañez et al. (2001), é necessária a avaliação de processos de desenvolvimento institucional das OSS/SUS, com indicadores definidos para sua mensuração para que se faça de fato a regulação, por meio de contrato de gestão que considere o desempenho das OSS, onde se enfatizem os processos, resultados tendo por base as necessidades de saúde local e regional.

Além disso, alertam que, se por um lado diferentes vocações e culturas organizacionais das OSS criam a possibilidade de diversificação das experiências de gestão adequadas às realidades locais, por outro, podem restringir, dada a inércia, interesses e o poder centralizador dessas organizações, a autonomia e individualização das OSS/SUS.

Analisando a implantação do PSF com o quadro de desigualdade socioespacial no MSP (Bousquat, Cohn, Elias, 2006), as regiões de maior índice de exclusão social, maior tempo de implantação, alta cobertura eram aquelas onde havia maior número de OSS “religiosas”, localizadas principalmente nas CRS Leste e Sul. Em 2012, elas representam 16,8% das entidades em cogestão das UBS.

Cabe lembrar que a participação das entidades religiosas, de natureza filantrópica, data de meados do século XIX no Brasil, quando havia carência de serviços públicos de saúde. Na assistência médico-hospitalar só havia basicamente as Santas Casas, voltadas ao atendimento às pessoas com maior exclusão (Carvalho, 2010). Na implantação da ESF no Município de São Paulo, iniciado em 1996, no projeto denominado Qualidade Integral em Saúde (Qualis), contou-se com a Casa de Saúde Santa Marcelina (Marsiglia, 2008).

Ainda que na presente investigação não tenha sido identificada influência da orientação religiosa na organização e na realização das práticas nas UBS, estudos mostram que as comunidades religiosas têm desafiado a efetivação das ações de prevenção das DST/HIV. Há influência da orientação religiosa, no sentido de seus princípios, doutrinas, particularmente quando envolve o exercício da sexualidade, algumas vezes, dificultando abordagem como a indicação do uso do preservativo, ao considerar situações fora do casamento e entre os jovens (Wittschiebe, 2004; Paiva et al., 2010; Nichiata, 2010).

No estudo, da mesma maneira que os modelos de organização dos serviços, na análise da vulnerabilidade programática, as OSS apresentaram maiores percentuais de unidades consideradas como baixa vulnerabilidade na maior parte dos marcadores (Infraestrutura, Resposta às necessidades de tratamento e Ações de pré-natal e puerpério). Também, nos marcadores de **Ações de Prevenção em relação às DST/HIV** e em relação à **Integração das ações entre as UBS e os demais serviços**, foram identificadas UBS classificadas como alta vulnerabilidade, indistintamente segundo qual o tipo de OSS, se religiosa, acadêmica ou associação (Tabela 14).

5.4 AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS GERENTES

No estudo, identificou-se que a gerência das UBS da SMS de São Paulo é realizada em sua maioria por enfermeiros. De fato, sua inserção nos serviços de saúde, ocupando cargos de gestão e gerência, tem sido verificada no sistema de saúde, em diferentes localidades e serviços.

É possível analisar que a maior inserção do enfermeiro nos cargos de gerência nos serviços de saúde, particularmente nas UBS, deve-se à dificuldade de incorporação de outros profissionais, particularmente o médico, devido à carga que possui em atividades autônomas, em clínicas e consultório, principalmente privados. De fato, as exigências requeridas para o cargo não comportam o acúmulo dessas atividades, fazendo com que muitos deles os abandonem, conforme identificou Loch (2009). Outra questão é que esse é um profissional escasso na assistência direta, de tal forma que em muitas situações não é o profissional priorizado para assumir a gerência das UBS. Também é importante lembrar que em muitas situações o enfermeiro é indicado ao cargo de gerência, devido ao menor salário comparado ao do profissional médico.

Historicamente, o enfermeiro tem ocupado cargos de chefia e coordenação de unidades ou áreas de trabalho e da equipe de enfermagem no País, em particular nas instituições de atenção terciária, e vem assumindo cada vez mais processos de trabalho gerencial, sob a argumentação de que, além de possuir conhecimentos relativos à prestação do cuidado aos usuários dos serviços de saúde e comunidades, possui capacitação na área administrativa e se relaciona de maneira satisfatória com os demais membros da equipe multidisciplinar (Alves, Penna, Brito, 2004).

Ao assumir a gestão das UBS, por exemplo, na cidade de Belo Horizonte, o enfermeiro vem dando continuidade ao trabalho que

anteriormente era realizado na informalidade e, por possuir uma visão geral da unidade e maior contato com os usuários, passou a ser um elemento importante na composição do quadro gerencial desse município. Destaca a competência específica do enfermeiro ao ressaltar que o Curso de Graduação da Enfermagem é um dos poucos da área de saúde que possui em suas diretrizes curriculares carga horária específica destinada à Administração, oferecendo maior respaldo ao profissional para assumir cargos que exigem conhecimento nessa área (Alves, Penna, Brito, 2004; Brêtas, Pereira, 2011).

Reconhecendo que conhecimento técnico em si não é suficiente, é necessário conhecimento científico aliado à competência política, para que o enfermeiro desenvolva a gestão de qualidade, no sentido da ética do cuidado que considera “compreender a necessidade de assegurar a dignidade da vida humana”. Desse modo, faz-se necessário rever continuamente seus valores, crenças, atitudes e seu papel como cidadão em uma sociedade marcada pela desigualdade social (Brêtas, Pereira, 2011; p. 382).

O enfermeiro nas unidades de saúde possui na gerência um importante instrumento com potencialidade para promover na equipe multidisciplinar um processo de reflexão e revisão de sua prática, para (re)organização do serviço, com comprometimento na produção de cuidados de saúde e não no simples cumprimento de ações fragmentadas ou em procedimentos isolados (Kawata et al., 2009).

Pondera-se que essa competência gerencial exercida por enfermeiros em unidades da ESF mobiliza atributos voltados ao planejamento, coordenação e supervisão, frequentemente desenvolvidos de modo centralizado, com pouca participação da equipe na tomada de decisão, e a dimensão comunicativa do trabalho gerencial se restringindo à transmissão de informação (Kawata et al., 2009).

Com o SUS e, conseqüentemente, com a descentralização dos serviços de saúde (as decisões estarem mais próximas dos níveis locais e

dos usuários dos serviços), há necessidade de um perfil diferente da requerida dos gerentes da UBS como tradicionalmente vinha sendo realizado, como controle e execução de tarefas, exigindo-se novos conhecimentos e habilidades (Alves, Penna, Brito, 2004).

Para comandar UBS o gerente necessita ter uma gama de conhecimentos e habilidades, tanto da área da saúde quanto da administração, e ter compromisso social com a comunidade. É importante conhecer as propostas do SUS, ter compromisso com a Atenção Básica, com a população, a unidade, a equipe, a dinâmica das relações humanas, o potencial de cada funcionário, trabalhar a intersectorialidade, participar das propostas ou conhecer as metas e prioridades da região e do município, tendo como atividade principal a organização da produção de bens e serviços de saúde para o indivíduo e a coletividade (Passos, Ciosak, 2006; André, Ciampone, 2007).

Porém, o gerente tem encontrado dificuldade para realizar seu papel, segundo gerentes de UBS (Capelo do Socorro e Parelheiros), regiões com graves problemas de infraestrutura e exclusão social do MSP, devido à localização das unidades, à dimensão geográfica, à escassez de recursos sociais, aos equipamentos de saúde, à falta de infraestrutura básica e à dificuldade para identificar, preparar, motivar e integrar a equipe (Lico et al., 2005).

A gerência como instrumento do processo de trabalho é determinante do processo de organização de serviços de saúde e fundamental para efetividade das políticas sociais e de saúde; porém, os escassos recursos de ordem material, organizacional, cognitivo e ético reduzem o trabalho gerencial em controlar e executar tarefas apenas para alcançar produto e metas (Passos, Ciosak, 2006).

A integralidade como norteadora da atividade gerencial, provocadora de mudanças no modelo assistencial médico hegemônico, deve ser construída no diálogo entre a formação e o mundo do trabalho, na construção do conhecimento, na relação da teoria com a prática e na busca

da reflexão na ação (Kawata et al., 2009). A construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho, a formação também tem que ser integral e interdisciplinar, onde os recém egressos da graduação sejam preparados para a aquisição de competências e habilidades que assegurem um agir voltado para o ser humano em sua subjetividade, com articulação entre o perfil, a formação profissional e o desenvolvimento de ações integrais em saúde, do trabalho em equipe e da assistência ao usuário, à família e à comunidade. É preciso investir tanto na educação permanente como na seleção de profissionais com perfil para trabalhar no SUS (Viegas, 2010).

A capacitação na gerência pode contribuir ao ampliar a visão do gerente no desenvolvimento de competências técnicas para reorganização dos serviços de saúde. Mas, é necessário um compromisso político efetivo com as mudanças, pois não é um processo pedagógico que vai solucionar os problemas das iniquidades sociais (Lico et al., 2005).

As atividades cotidianas da gerência se confundem com aquelas próprias da formação básica. O gerente tem aprendido a trabalhar com a escassez de recursos, sente-se recompensado com as respostas que tem dado à comunidade e a gerência tem incorporado “novas demandas que exigem habilidades que vão além das técnico– administrativas em busca de uma assistência mais humanizada” (Penna et al., 2004; p. 455) .

No âmbito da organização das práticas na atenção às DST/HIV/aids nas UBS, o gerente e a equipe multidisciplinar podem ser “agenciadores de mudança” para realizar a integralidade. Santos, Assis (2006), concebendo a integralidade na saúde como um “feixe de luz”, sujeita aos mesmos fenômenos da física, com propriedade de reflexão, refração ou absorção, interpretam que os agenciadores, quando sofrem uma reflexão, voltam para o ponto de origem ao tentarem transpor obstáculos. De tal forma, num segundo momento, rompem alguns entraves, atravessam espaços, ainda que sofram algum coeficiente de refração e desvios. Os agenciadores da integralidade romperiam dessa forma as barreiras e construiriam novas formas de fazer/agir na prática cotidiana.

Do mesmo modo, em cada UBS, o enfermeiro sendo gerente e a equipe multidisciplinar seria “agenciadores de mudança” ao buscar implementar ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids, responder às necessidades de tratamento, desenvolver ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às DST e integrar ações com as referências em DST/HIV/aids. Mesmo que em algum momento tenham dificuldades em transpor obstáculos, traduzidos nas dificuldades identificadas como vulnerabilidade programática, esses “agenciadores de mudança”, iluminados pela integralidade, são potentes para construir novas formas de fazer/agir na prática cotidiana dos serviços. Dessa forma, novos arranjos institucionais podem ser produzidos, focados no usuário, considerando suas vulnerabilidades, potencialidades e respeitando o direito do cidadão, conforme preconiza o princípio de integralidade.

5.5 VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E A INTEGRALIDADE

A discussão a seguir trata da integralidade na atenção ao HIV/aids nas UBS da SMS de São Paulo, tendo por referência os marcadores de vulnerabilidade e traduzidos segundo seus componentes: *acessibilidade, porta de entrada, vínculo, enfoque familiar, profissionais de saúde e coordenação/integração*.

- **ACESSIBILIDADE**

Acessibilidade engloba diversas situações que viabilizam a entrada do usuário na rede de serviços, em seus diferentes pontos. Expressa dificuldades ou facilidades em obter resposta à necessidade de saúde. Está vinculada às características da oferta, da disponibilidade de recursos e da

possibilidade de obter os serviços necessários e em quantidade suficiente, sem nenhum tipo de obstáculo (Escorel, 2007; Almeida, 2010; Maia, 2012).

A *acessibilidade* é o elemento estrutural do acolhimento, relaciona-se à disponibilidade, à comodidade, ao custo e à aceitabilidade do serviço pelo usuário e comunidade (Castro, Shimazaki, 2006). Foi analisada em relação aos marcadores de Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids, Ações de pré-natal e puerpério e Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids.

A *acessibilidade* no marcador de **Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids**, em relação à *acessibilidade* aos insumos para prevenção das DST, HIV e gravidez, as UBS de alguma maneira tinham em quantidades suficientes, por exemplo, o preservativo masculino. De fato, tem-se buscado garantir sua provisão nas UBS de todos os municípios. O Programa Estadual de DST/aids em São Paulo, no monitoramento das ações de prevenção nas UBS, verificou em 1.348 UBS de municípios do Estado que em 94% o preservativo masculino está sempre disponível para a população na sua unidade (São Paulo, 2010e).

O acesso ao preservativo masculino no País envolve a alocação de recursos financeiros tanto da esfera nacional e estadual como também da gestão municipal. Tem sido ampliada a distribuição desse insumo, em 1994 (13 milhões de unidades), 2005 (260 milhões) e 2011 (493 milhões). Tem aumentado o uso pela população brasileira em todas as faixas etárias. Porém, entre 2004 a 2005, houve redução significativa na distribuição pelo MS, por problemas no processo de certificação em compras internacionais (Paiva, Pupo, Barboza, 2006; Brasil, 2012c) .

Dentre os insumos de prevenção, são os materiais educativos e o DIU os que se mostram insuficientes nas UBS pesquisadas, problema este identificado em outros estudos (Sousa, 2006; Ferraz, 2008; Nichiata, 2010; Silva et al., 2011).

Já a distribuição/quantidade dos insumos de contracepção, medicamentos como pílula e contraceptível injetável estavam presentes na maioria das UBS, segundo os gerentes do presente estudo. Esses insumos são parte do elenco de medicamentos da Farmácia Básica, destinados ao tratamento de doenças e recuperação da saúde, no âmbito da Atenção Básica. Está incluído, por exemplo, o fornecimento dos medicamentos contraceptivos (Programa Saúde da Mulher), os quais são adquiridos pelo MS e entregues aos governos estaduais, a quem compete distribuí-los aos municípios (Brasil, 2009d).

Também, segundo os gerentes do nosso estudo, estavam disponíveis em quantidade suficiente na maioria das UBS pesquisadas os exames para detecção de doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, teste anti – HIV e sorologia para hepatite B), enquanto as UBS oferecem diariamente a possibilidade da coleta dos exames laboratoriais e do exame para gravidez, este imediatamente em caso de atraso menstrual.

Os exames de análises clínicas solicitados pelas UBS do Município de São Paulo são coletados nas próprias unidades e encaminhados aos laboratórios públicos e conveniados da rede. O planejamento dos serviços de apoio diagnóstico deve seguir os princípios e diretrizes do SUS, garantindo a universalidade, a integralidade da atenção e a equidade na alocação de recursos (São Paulo, 2004).

O exame de gravidez deve ser realizado imediatamente na unidade; além de agilizar o diagnóstico, vincula ao início do pré-natal. O momento da realização do teste é muito importante, mesmo quando for negativo, pois é quando é possível identificar situações de vulnerabilidade individual da usuária do serviço de saúde, como relações desprotegidas, violência, entre outras (Bersusa et al., 2007).

Outros estudos têm demonstrado que as UBS realizam as coletas diariamente, sendo esse um dos serviços mais buscados pela população, além das consultas médicas e da retirada de medicamentos (Souza, 2006; Ferraz, 2008).

A busca por esses serviços nas UBS talvez ocorra porque “os procedimentos incluídos na Atenção Básica apresentam-se restritos, uma vez que o Sistema, contrariando seus próprios fundamentos e objetivos, ainda está focado no combate às doenças e não na prevenção” (Gontijo, 2010; p. 608).

Além das dificuldades de *acessibilidade* a alguns insumos, a falta de salas que propiciem privacidade para a realização das consultas e salas para atividade educativa nas UBS também interferem nesse acesso, com prejuízo para a efetivação da integralidade.

Em várias regiões do País, independente dos modelos de atenção, as UBS funcionam sem condições básicas em sua infraestrutura, apresentam área física pequena, os consultórios têm dimensões abaixo do padrão (recomendado pelo MS) e há insatisfação dos profissionais com a estrutura física delas (Facchini et al., 2006; Santos et al., 2008; Fernandes, Machado, Anschau, 2009; Saparolli, Adami, 2010; Mendes, 2012).

Em estudo realizado com gerentes de 113 UBS, em 37 municípios do interior do Estado de São Paulo, constatou-se que a avaliação inicial da demanda espontânea em 28 UBS ocorre sem privacidade, realizada no balcão da recepção da unidade (Castanheira et al. 2009).

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), e para o seu adequado funcionamento são necessárias diversas ações, entre as quais a adequação da área física dos serviços da Atenção Básica (Brasil, 2010b).

A melhoria na infraestrutura das unidades, por exemplo, na ESF, contribuirá para quebrar a visão “de uma ESF pobre para pessoas e regiões pobres” ... “para dar suporte para uma ESF confortável e de qualidade”, visto que o ambiente físico é fundamental dentro de uma atenção à saúde que segue os princípios da humanização do cuidado (Mendes, 2012; p. 109).

As UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o Manual de Infraestrutura do Departamento de

Atenção Básica, segundo Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011c).

Um diagnóstico das UBS no País, realizado a partir do cruzamento do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com dados da pesquisa Assistência Médico Sanitária do IBGE (AMS 2009) e do Censo Requalifica UBS, com respostas de mais de 90% dos municípios brasileiros, verificou que das aproximadamente 40 mil UBS existentes e em funcionamento, 20.700 eram próprias ou funcionavam em imóveis cedidos (não tinham sido construídas ou reformadas nos últimos dois anos); destas, 11 mil tinham a metragem inferior à área mínima exigida e para 9.700 unidades, ainda que tivessem metragem adequada, eram necessárias reformas (Pinto, Koerner, Silva, 2012).

O Ministério da Saúde, considerando o PNAB e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), vem aportando recursos para que os municípios construam, reformem e ampliem suas UBS, com base em critérios pré-definidos, como o número de sua população e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Consta que o Município de São Paulo não foi habilitado para recebê-los (Brasil, 2007c; Brasil, 2011b; Brasil, 2012e; Brasil, 2012f).

Analizando a *acessibilidade* às **Ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às DST/HIV/aids** verificou-se que existem desafios nas ações de organização dos serviços de pré-natal, principalmente com relação à oferta do teste de detecção da sífilis no primeiro e terceiro trimestres da gestação e ao teste anti-HIV.

De fato, esse é um problema em várias localidades. No estudo “Resultados do estudo sentinela-parturiente” (Szwarcwald et al., 2007) verificou-se que apenas 14,1% das parturientes atendidas em 150 maternidades do SUS realizaram dois testes de sífilis durante a gestação, conforme preconizado, e que há baixa cobertura do segundo teste de sífilis no pré-natal, indicando que as recomendações do MS não são seguidas.

Na cobertura do teste anti-HIV durante a gestação, em entrevista com 435 mulheres de cinco municípios do Noroeste do Paraná, Brasil, a cobertura foi de 89,6% (Misuta et al., 2008), considerando-se ainda longe do ideal, que é 100% de cobertura. Em outro estudo o resultado foi de apenas 48,4% de cobertura nas gestantes (Matos et al., 2009) em cinco UBSF do município de Cuité, Paraíba, Brasil.

No monitoramento das ações de prevenção às DST/aids na Rede de Atenção Básica de 328 municípios no Estado de São Paulo, em entrevista com gerentes de 1.348 UBS, verificou que em 31% das UBS é oferecido o teste HIV para todas as gestantes, com aconselhamento pré e pós-teste, no conjunto inicial de exames. Foi realizado o exame para detecção de sífilis no primeiro e terceiro trimestres da gestação em 943 (69,9%) e em 1.154 (85,6%) o teste de detecção do HIV no pré-natal (São Paulo, 2010e).

Cabe frisar que a principal estratégia para prevenção da sífilis congênita são o diagnóstico e o tratamento precoce. Porém, muitos profissionais argumentam que não realizam o exame porque desconhecem a resolução/portaria que preconiza a sua realização (um no primeiro e outro no terceiro trimestres da gestação). Também não realizam devido à limitação de cota estabelecida para o exame dentro do município, além do longo tempo na espera do resultado, o que desestimula solicitar o segundo exame da sífilis (Bersusa et al., 2007).

A sífilis gestacional tem sido referida como indicador da assistência pré-natal, pois é “totalmente passível de prevenção, diagnóstico e tratamento durante a gestação” (p. 307). A dificuldade de acesso ao serviço de pré-natal e aos exames laboratoriais torna mais difícil o diagnóstico precoce, a adesão ao tratamento da gestante e do parceiro, o estabelecimento do vínculo entre a equipe de saúde e a gestante, aumentando a probabilidade de transmissão vertical da sífilis (Leitão et al., 2009).

Para contribuir na eliminação da sífilis congênita no Brasil, é fundamental que seja oferecido um pré-natal de qualidade, traduzido em ampliação da acessibilidade, com diagnóstico, tratamento adequado da

gestante e do(s) parceiro(s), convocação do(s) parceiro(s), notificação do caso, qualidade do preenchimento das fichas de investigação de agravos de notificação compulsória, comprometimento da equipe multiprofissional e capacitação da equipe das UBS (Saraceni et al, 2007; Reis et al., 2007; Saraceni, Miranda, 2012).

A cobertura efetiva das ações de prevenção para interrupção da transmissão vertical do HIV no pré-natal (com os insumos teste anti-HIV, medicamentos antirretrovirais, inibidor da lactação e fórmula láctea infantil) foi de 52% no Brasil e de 82% no Estado de São Paulo (São Paulo, 2011e).

Para eliminação da transmissão vertical do HIV/aids e da sífilis, além do Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo, a SMS de São Paulo constituiu em 2006 uma Comissão de Normatização e Avaliação das Ações de Controle da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, composta pela: Rede Mãe Paulistana, pelas Áreas Técnicas da Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Assistência Laboratorial, Assistência Farmacêutica, Atenção Básica e o Programa Estadual de DST/aids (São Paulo, 2010b).

No MSP, a sorologia da sífilis deve ser solicitada no pedido inicial dos exames de pré-natal. Se o resultado for negativo: realizar orientação pós-teste, seguir pré-natal e repetir a sorologia no início do terceiro trimestre; se positivo: realizar tratamento imediato na UBS (São Paulo, 2010b).

Também foi considerado o tempo de espera para a primeira consulta do pré-natal. No presente estudo o tempo de espera foi de até duas semanas, segundo a maioria dos gerentes (93,9%).

Diferentemente, para gerentes de UBS em 30 municípios do Estado de São Paulo, no estudo da descentralização das ações de prevenção e assistência às DST/aids na Atenção Básica, referiram que em 356 (51,4%) UBS o tempo de espera para primeira consulta foi de até 10 dias, em 30,9% foi entre 11 e 20 dias e em 17,7% são mais de 21 dias de espera (Bersusa et al., 2007).

Realizar o teste de gravidez na própria unidade, atender os casos positivos, solicitar os exames de rotina são condutas que agilizam o início do pré-natal, possibilitam que intervenções necessárias sejam feitas para diagnosticar e tratar eventuais agravos, o que contribui para impedir a transmissão de doenças para o neonato, como a sífilis e o HIV (Bersusa et al., 2007).

Ações programáticas da SMS de São Paulo estão sendo realizadas com o objetivo de definir, implantar, implementar, integrar e monitorar ações para o diagnóstico, o tratamento e a vigilância do HIV e da sífilis na gestante, parturiente e recém nascidos. Têm como propósito o controle da transmissão vertical desses agravos e a promoção da saúde, Portaria nº 1.549, de 12 de dezembro de 2011. As ações referem-se ao pré-natal da gestante com sorologia positiva para HIV, na admissão hospitalar para o parto, no atendimento ao abortamento inseguro, na situação do óbito fetal, à parturiente com teste reagente para sífilis e para o HIV e ao seguimento na maternidade (São Paulo, 2011d).

Na efetivação dessas ações, estão atuando conjuntamente a Comissão de Normatização e Avaliação das Ações de Controle da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis congênita, coordenada pelo Programa Municipal de DST/Aids, a Coordenação da Atenção Básica, Gerência Hospitalar, Área Técnica da Mulher, Criança e adolescente, Assistência Laboratorial, Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Autarquia Hospitalar, Rede de Proteção da Mãe Paulistana e o Programa Estadual de DST/aids (São Paulo, 2011d).

Com relação ao acesso ao diagnóstico do HIV, além de ser um direito de toda gestante/parturiente, deve ser oferecido com aconselhamento pré e pós-teste e com abordagem consentida, na primeira consulta do pré-natal e a repetição do teste, no início do terceiro trimestre (Silva, Tavares, Paz, 2011).

As leis, decretos, portarias, protocolos, manuais técnicos sobre o pré-natal, puerpério e a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis têm

contribuído para melhorar o acesso da gestante no serviço de saúde, o que colabora na melhoria da qualidade do atendimento, juntamente com a capacitação dos profissionais; porém, ter profissionais capacitados não garante implantação das ações (Bersusa et al., 2007).

Conforme dito anteriormente, a pobreza urbana é identificada como um forte condicionante da transmissão vertical do HIV, pois as maiores taxas foram observadas em áreas com piores condições socioeconômicas e dificuldades de acesso a serviços de saúde. Porém, acredita-se que a atuação de serviços de vigilância em saúde e integrados com a Atenção Básica podem contribuir para reverter esse quadro (Barcellos et al., 2009).

Quanto à oferta do exame de Papanicolaou (preventivo do câncer do colo uterino) à gestante como um procedimento padrão, ela ocorre para 93,3% dos gerentes do nosso estudo. Porém, em 2008, no Brasil, a cobertura do Papanicolaou em mulheres de 15 a 64 anos foi estimada em 64% (há menos de 3 anos com o exame), 13,6% (há menos de 3 anos sem o exame), 9,9% (há mais de 3 anos) e 12% nunca realizaram o exame. Esse dado indica indiretamente a oportunidade para o diagnóstico de DST, especialmente em assintomáticas, mais frequentes em mulheres (Monitoraids, 2009).

O problema da não oferta do exame de Papanicolaou às gestantes como um procedimento padrão não é só no Brasil. Estudo realizado com 200 mulheres de Puerto Leoni, Misiones, Argentina, com o objetivo de avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas acerca do exame de Papanicolaou, constatou que uma das principais barreiras para a prática do Papanicolaou identificadas entre as mulheres (58,9%) foi a ausência da solicitação do exame por parte dos médicos ou outros profissionais de saúde (Gamarra, Paz, Griep, 2005).

No MSP, a cobertura do exame do Papanicolaou não cresceu de forma significativa; no período de cinco anos ainda está abaixo das potencialidades dos serviços de saúde existentes, segundo o Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA – Capital, 2008). Estudo com 1.236

mulheres de 20 anos ou mais de idade, residentes no MSP, demonstrou que 79,6% das mulheres referiram ter realizado, pelo menos uma vez, o exame nos últimos três anos, conforme recomendação do MS; 21,5% das mulheres residentes no município ou nunca realizaram o exame de Papanicolaou (9,7%) ou o fizeram de maneira inadequada (11,8%) (Dionízio, 2011).

O MSP, na tentativa de melhorar a cobertura do exame do Papanicolaou, implantou o Protocolo de Enfermagem para o atendimento na saúde da mulher, na Atenção Básica, referida como uma das medidas que vêm sendo adotadas pelos serviços de saúde do SUS (Amorim et al., 2006).

Oliveira, Pinto, Coimbra (2007), em estudo com 14 mulheres usuárias de um serviço de ESF, em Ribeirão Preto, São Paulo, observaram que é possível melhorar a cobertura nas práticas de prevenção do câncer do colo do útero quando a usuária é atendida por equipe multiprofissional que utiliza todas as tecnologias leves/leve – duras/duras, concluindo que práticas humanizadas favorecem o cuidado integral e fortalecem o vínculo das usuárias com o serviço e a promoção da saúde.

A usuária sente satisfação ao perceber um ambiente físico acolhedor, com um local para troca de roupas, oferta de aventais e lençóis, além da organização prévia dos materiais que serão utilizados na coleta do exame e da educação em saúde ao ser orientada sobre suas necessidades. O acolhimento, o vínculo, a escuta, a atenção e a proximidade afetiva (características das tecnologias leves) são reconhecidos pela usuária como “o bom atendimento profissional” (Oliveira, Pinto, Coimbra, 2007; p.429). Quando o profissional da saúde cuidar do usuário como sendo o foco da atenção, ele estará mudando a visão do modelo biomédico para práticas que primam pela integralidade na atenção.

Com relação às hepatites virais, os gerentes das UBS pesquisadas referiram realizar o teste de detecção das hepatites B e C no pré-natal, 99,7% e 99,1%, respectivamente, embora a sorologia para hepatite C à gestante não conste como rotina no protocolo de atendimento na rede básica no MSP.

No protocolo de atendimento ao pré-natal de baixo risco na rede básica no MSP há triagem sorológica para hepatite B (HBsAg e Anti-HBc IgM reagente), caso a mulher não tenha sido vacinada. Entretanto, não faz parte a triagem sorológica para hepatite C (anti-HCV reagente e HCV detectável), com exceção das gestantes consideradas em altíssima vulnerabilidade para infecção pelo vírus da hepatite C (HCV), quais sejam, população em situação de rua, imigrantes latinas e em exclusão social e transfundidas antes de 1993, com tatuagens e *piercings*, e usuários de drogas inalantes e injetáveis (São Paulo, s.d.a; São Paulo, 2008b; São Paulo, 2011b).

Ainda não existe profilaxia (medicamentos ou vacina) para impedir a transmissão vertical do HCV (São Paulo, s.d.c), a qual ocorre em 5% dos bebês nascidos de mulheres portadoras do HCV. Gestantes com alta carga viral do HCV ou coinfeção pelo HIV apresentam maior risco de transmissão da doença para o recém nascido (Brasil, 2011e).

Para o enfrentamento das hepatites virais no Brasil, no período de 2011 a 2012, entre algumas ações específicas para as gestantes consta: ter 100% de cobertura vacinal contra a hepatite B; reduzir a transmissão vertical da hepatite B, oferecendo a triagem sorológica a todas as gestantes que realizam pré-natal na rede básica do SUS, e oferecer a vacina para a hepatite B às gestantes após o primeiro trimestre de gestação (Brasil, s.d.c).

O resultado do presente estudo demonstra a importância da Educação Permanente na discussão com a equipe de saúde sobre o protocolo de atendimento à gestante na rede básica no MSP e, conseqüentemente, melhora a organização da oferta dos recursos necessários para o acolhimento das gestantes.

No contexto da organização do serviço de saúde e das práticas dos profissionais da equipe de saúde da família no pré-natal, percebe-se que as ações inseridas de acordo com o princípio da integralidade em relação à acessibilidade, a realização de exames laboratoriais, dos encaminhamentos para outros serviços e a distribuição de medicações trazem satisfação às

gestantes. Porém, as práticas profissionais, com ausência do acolhimento, do diálogo e da escuta, trazem insatisfação segundo gestantes de três Centros de Saúde da Família, Fortaleza, Ceará (Bezerra, 2008).

Silva, Christoffel, Souza (2005) referem que:

Pensar na assistência obstétrica e neonatal, em suas conquistas e perspectivas é pensar na humanização e na qualidade de vida da mulher e do recém-nascido, condições essenciais para a garantia de direitos como cidadão. [...] É pensar no diálogo efetivo entre todos os atores sociais envolvidos, é compreender saberes e reconhecer direitos, estabelecer relações entre os sujeitos sem discriminação. É garantir os princípios éticos da universalidade, equidade e integralidade. (p. 591)

Contudo, os profissionais devem utilizar tecnologias de cuidado para o acolhimento e a acessibilidade dos usuários como forma de garantir a participação desses como “elemento essencial no contexto das práticas de saúde” (Pinho, Hernández, Kantorski, 2009;p. 613), “respeitando os aspectos sociais, morais, religiosos, emocionais, entre outros” (Rodrigues et al., 2011; p.68).

A *acessibilidade* às **Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids** mostrou-se como um grande desafio, sendo o tempo médio de retorno do exame HIV positivo longo. No estudo, em 38,4% das UBS os resultados chegam em até sete dias. Em 28,1% (n = 305) das UBS o retorno dos resultados do exame de sífilis, HIV e hepatite B, demora em torno de 15 dias; em 7,1% (n = 263) demora em torno de 16 a 30 dias e em 3,2% (n = 340) demora mais de 31 dias, segundo gerentes de UBS, em 30 municípios do Estado de São Paulo (Bersusa et al., 2007), embora seja preconizado pela Secretaria Municipal de Saúde que o laboratório priorize as sorologias do HIV e sífilis identificadas como “gestante” e envie os resultados positivos em até cinco dias (via *e-mail*) para supervisão de vigilância correspondente à UBS (São Paulo, 2010b)

Com os resultados da sorologia do HIV as condutas das UBS devem ser, quando negativos: orientação pós-teste; seguir o pré-natal e repetir a sorologia no início do terceiro trimestre de gestação; quando positivos: realizar busca ativa da gestante imediatamente (conforme abordagem consentida), orientação e agendamento imediato para consulta no SAE em DST/aids (pré-agendada). Após isso, os resultados impressos deverão chegar em até sete dias na unidade de saúde (São Paulo, 2010b).

A demora na devolução dos resultados dos exames demonstra um grave problema de gestão, do laboratório para entrega do resultado, da falta de regulação e fiscalização dos laboratórios terceirizados, da fragmentação dos tipos de exames entre vários laboratórios, da realização de exames sujeitos à capacidade operacional dos *kits*, das cotas para realização dos exames impostas pelos gerentes, da falta de fluxo e ingerências políticas que interferem na terceirização dos serviços laboratoriais (Bersusa et al., 2007).

- **PORTA DE ENTRADA**

Entende-se por *porta de entrada* a qualidade do atendimento inicial do usuário do SUS, ou seja, a capacidade de acolher o usuário do serviço da Atenção Básica de forma resolutiva (Souza et al., 2008)

Embora haja outras portas de entrada na rede de atenção, como os ambulatorios, os prontos-socorros, etc., a porta de entrada na UBS apresenta características especiais que diz respeito a acompanhar de forma longitudinal e contínua a assistência à população de um dado território. E esse é sentido na integralidade da atenção prestada na Atenção Básica pelas UBS, que inclui ações de promoção à saúde, prevenção e assistência, garantindo o aconselhamento, abordagem clínico-diagnóstica, cuidados de enfermagem, apoio emocional e suporte social, ao longo do tempo das famílias e do território. Incorpora ações, para os indivíduos afetados e seus

familiares, que promovam a inserção social, além de assegurar a eles melhor qualidade de vida, o que inclui disponibilizar os insumos necessários para prevenção, diagnóstico e tratamento (Brasil, 2006c).

Portanto, no estudo, a *porta de entrada* foi analisada em relação ao marcador de **Respostas às necessidades de tratamento em DST/HIV/aids**, a qual se mostrou como desafio a ser superado, no sentido de possibilitar a oferta ao tratamento e seu acompanhamento. No presente estudo, os tratamentos da sífilis (99,7%), candidíase (100,0%), tricomoníase (98,2%) e clamídia (90,9%) ocorrem segundo a maioria dos gerentes. No entanto, o tratamento do parceiro, em especial no caso de gestantes, é um desafio a ser enfrentado.

Por exemplo, a indicação do tratamento com Penicilina Benzatina, que deve ser realizado sem necessariamente ter o resultado de exame laboratorial do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis. Apesar da determinação da utilização da penicilina no tratamento da sífilis nas UBS (Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011), sabe-se que muitas vezes esse atendimento não tem ocorrido (Bersusa et al., 2007; Brasil, 2011d).

Sabe-se que um dos maiores entraves para a eliminação da sífilis congênita é a dificuldade de tratar o(s) parceiro(s) sexual(is) das mulheres grávidas que têm a doença diagnosticada.

Estudo de sífilis em 22 gestantes notificados de 2005 a 2009, em um Centro de Saúde, de Samambaia, DF, Brasil, revelou que foram encontrados 45,4% casos de sífilis em outras gestações. O tratamento foi considerado adequado em 67,6% das gestantes; entretanto, 13,6% dos parceiros não receberam qualquer tipo de tratamento (Leitão et al., 2009).

Entrevista com gerentes de 1.348 UBS verificou que em 361 (26,8%) UBS indicam o tratamento do(s) parceiro(s) da gestante com diagnóstico de sífilis com Penicilina Benzatina, independente da solicitação ou não da sorologia, mas em 573 (42,5%) apenas mediante a sorologia positiva; em 565 (41,9%) fazem o tratamento da sífilis com aplicação da Penicilina

Benzatina, quando diagnóstico de sífilis na gestante, em qualquer dia/horário; porém, 648 (48%) UBS não fazem e encaminham para outro serviço, segundo o monitoramento das ações de prevenção às DST/aids na Rede de Atenção Básica do Estado de São Paulo (São Paulo, 2010e).

Segundo a SES/SP, atualmente, somente 14% dos parceiros das gestantes com sífilis são adequadamente tratados, indicando a baixa qualidade do atendimento pré-natal (São Paulo, 2012c). Para o tratamento adequado da gestante, também deve haver o tratamento do parceiro sexual (São Paulo, 2010b)

Analizando a descentralização das ações de prevenção e assistência às DST/aids na Atenção Básica, com a participação de gerentes de UBS em 30 municípios do Estado de São Paulo, verificou-se que 34,5% (n = 126) das UBS não realizavam tratamento de sífilis e tricomoníase, encaminhando para outros serviços (Bersusa et al., 2007).

No Brasil, desde 1993, o Programa Nacional de Controle de DST/aids recomendava aos profissionais de saúde a abordagem sindrômica para o tratamento de doentes com DST (Nadal, Carvalho, 2004). Para isso, as UBS devem utilizar a abordagem sindrômica na assistência ao portador de DST, levando em conta o contexto pessoal, familiar e social em que a doença se desenvolve (Brasil, 2006c).

Desde 2001, quando o município de São Paulo rompia com o Plano de Assistência à Saúde (PAS) e reintegrava-se ao SUS, foram estabelecidas ações para a implantação do manejo das DST por meio da abordagem sindrômica (Silveira, Gagizi, s.d.). Nesse município é atribuição das UBS, ESF e o Ambulatório Médico de Especialidades (AMA) realizar o atendimento imediato, baseado no Protocolo de Abordagem Sindrômica, a todos os usuários com DST sem tratamento prévio (São Paulo, 2008c).

Já em relação ao tratamento da candidíase, as UBS têm assumido essa questão, segundo estudos realizados tanto no Paraná quanto no Espírito Santo e em São Paulo (Brasil, 2006a; Marson et al., 2012), assim

como o tratamento da clamídia, em estudos realizados no Espírito Santo e em estudo multicêntrico em Manaus, Fortaleza, Goiânia, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre (Brasil, 2006a; Jalil et al., 2008).

Os resultados dos estudos têm demonstrado alta frequência de infecções genitais, a necessidade do rastreamento dessas infecções, da importância do primeiro contato entre o profissional da saúde e o usuário (educação em saúde, disseminação da informação para reconhecimento de sinais e sintomas, busca precoce por assistência, convocação de parceiros), a necessidade de implementar mais medidas de prevenção na rotina dos serviços e oferecer uma assistência integrada entre a Atenção Básica e os serviços de referência regionalizados (Brasil, 2006a; Barcelos, et al., 2008; Jalil et al., 2008; Musial, 2009; Marson et al., 2012)

No tratamento das DST parece não haver diferença em relação ao modelo Saúde da Família e o tradicional ($p > 0,05$) segundo avaliou estudo de avaliação da Atenção Primária à Saúde, realizado em Petrópolis (Macinko et al., 2004).

A capacidade resolutiva da Atenção Básica depende do conjunto de fatores que estão associados, como também do acesso a exames e aos serviços especializados (Spedo, 2009):

[...] a resolubilidade da Atenção Básica está associada a outros fatores, tais como, questões relacionadas à estrutura física dos serviços, processo e gestão do trabalho e capacitação dos profissionais que por sua vez, repercutem na demanda por serviços especializados. É, importante, considerar ainda, o protagonismo dos usuários que, sob a influência do modelo médico-hegemônico, pressionam e buscam serviços e procedimentos especializados. (p.111)

- **VÍNCULO**

Entende-se *vínculo* nas instituições de saúde o “encontro” entre o usuário do serviço e o trabalhador de saúde, onde um e outro são sujeitos,

com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, porém em situação de desequilíbrio, com habilidades e expectativas diferentes, onde o usuário busca ser assistido e o profissional (supostamente capacitado) atende e cuida da fragilidade daquele. Assim, cria-se o vínculo no cuidado, que gera afeto, respeito e ética entre ambos (Brasil, 2008b).

O *vínculo* foi analisado quanto aos marcadores de Ações de pré-natal e puerpério em relação às DST/HIV/aids, Ações de prevenção e Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST e maternidade.

No marcador das **Ações de pré-natal e puerpério em relação às DST/HIV/aids**, quanto ao *vínculo* apresenta-se como desafio para as UBS a realização da abordagem consentida para solicitação de teste para HIV à gestante e a comunicação do diagnóstico de HIV à gestante ser efetuada por equipe multiprofissional, 78,0% e 36,3%, respectivamente.

Como dito anteriormente, a abordagem consentida é o contato, mediante autorização prévia, com o usuário que não retorna à unidade para receber o resultado dos exames de DST ou o que não comparece para tratamento.

A abordagem consentida é uma ação que visa ao (re)estabelecimento e ao fortalecimento do vínculo do usuário com o serviço de saúde; não objetiva apenas trazer o usuário de volta ao serviço, mas conhecer sua situação atual e trabalhar com ele o que de fato determina a não adesão ao tratamento (Brasil, 2008d) ou a não buscar o resultado do exame de DST/HIV.

No monitoramento das ações de prevenção às DST/aids na Rede de Atenção Básica no Estado de São Paulo, segundo os gerentes, em 956 (70,9%) UBS foi realizada a abordagem consentida ao pedir o exame de HIV no pré-natal (São Paulo, 2010e).

A abordagem consentida deve ser realizada, mas antes é preciso que sejam esclarecidos os objetivos do contato e os critérios para sua realização para as gestantes. É importante que a equipe de saúde se organize,

mantendo atualizados os dados pessoais (endereço e telefone) da gestante no prontuário, que seja identificada a data da última consulta realizada, da não retirada dos resultados dos exames e que seja estabelecido critério de falta em consultas agendadas, pois o contato com os usuários pressupõe o respeito ao sigilo e à confidencialidade da sua condição de saúde, considerando os aspectos éticos e legais envolvidos (Brasil, 2008d).

Com relação à comunicação do diagnóstico de HIV à gestante, esta se refere ao aconselhamento pós-teste pela equipe multiprofissional.

Aconselhamento é um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no usuário, em que o profissional da saúde capacitado consegue estabelecer uma relação de confiança com o usuário, fazendo-o resgatar seus recursos internos e reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e com condições de transformação. No âmbito das DST/HIV/aids, o processo de aconselhamento contém três componentes: apoio emocional; apoio educativo (trocas de informações sobre DST/HIV/aids, formas de transmissão, prevenção e tratamento); e apoio ao indivíduo ao proporcionar condições de autoavaliação da sua vulnerabilidade (reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias de prevenção e cuidados) (Figueiras, Fernandes, Gonçalves, 1998).

Pode realizar o aconselhamento todo profissional de saúde capacitado para essa atividade (Brasil, 1998b). Porém, na avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/aids, numa UBS com ESF “mista”, localizada na região metropolitana do MSP, foi observado que não são realizadas ações de aconselhamento na testagem para o HIV e sífilis nas gestantes (Ferraz, 2008).

Outras vezes, os profissionais não conseguem inserir essa prática porque as UBS não apresentam condições mínimas que garantam efetivamente a realização do teste, como salas de coletas, organização do transporte das amostras para o laboratório e do recebimento dos resultados (Araújo, Vieira, Silva, 2008). Em se tratando do aconselhamento para uma revelação diagnóstica positiva, há a necessidade de um espaço que

favoreça o atendimento individual, com vínculo, visto o impacto do diagnóstico (Silva, Tavares, Paz, 2011; Benazzi, 2012).

A dificuldade sentida pelos profissionais em realizar o aconselhamento, principalmente em relatar um resultado positivo para o HIV, os impede de acolher as demandas da gestante, pois comunicar não deve se limitar a dar uma informação, perdendo a oportunidade de oferecer suporte, apoio emocional e social (Araújo et al, 2008b).

O aconselhamento pós-teste anti-HIV às gestantes precisa ser realizado com o sentido de humanização, no momento de comunicar a informação sobre o resultado, qualquer que seja ele, negativo ou positivo. No entanto, ainda é um sentido não incorporado nas práticas. Num estudo realizado com enfermeiros em consultas de pré-natal, em três unidades ESF, Fortaleza, Ceara, discute-se que na atenção prevalece o relacionamento entre profissional e usuário o “EU-ISSO”, ou seja, uma relação sujeito-objeto, em vez do “EU-TU”, sujeito-sujeito. Isso acontece devido à exigência do trabalho em termos de produtividade, medida de forma quantitativa, de tal forma fazendo com que as consultas sejam realizadas rápida e mecanicamente, sem conseguir oferecer uma assistência humanizada (Araújo, Farias, Rodrigues, 2006).

Com relação à marcação da primeira consulta do pré-natal, nas ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às DST/HIV/aids, é de extrema importância que seja marcada o mais rapidamente possível e oferecido o teste anti-HIV com aconselhamento pré e pós-teste, pois o profissional tem a oportunidade de iniciar uma relação de confiança com a gestante e estabelecer seu vínculo com a UBS. Poderá também realizar educação em saúde, ao ensinar formas de prevenção e proporcionar o desenvolvimento do reconhecimento dessa gestante de sua percepção sobre sua vulnerabilidade pessoal e, conseqüentemente, contribuir para a redução da transmissão das DST/HIV/aids (Bersusa et al, 2007).

A integralidade aplicada na organização dos serviços de saúde “significa colocar o usuário no centro das discussões sobre quais seriam os

melhores arranjos dos serviços, ou melhor, significa afirmar que os arranjos devem ser os melhores para os usuários” (Mattos, 2009b; p.371).

Para Antunes e Guedes (2010; p. 23), o princípio da integralidade na Atenção Básica :

[...] desloca a prática em saúde da intervenção/medicalização para o cuidado, mediado pela interação profissional-cliente, não significando que tais práticas não sejam importantes e necessárias, mas que devem vir em um contexto de aproximação e escuta. É necessária uma tomada de posição, por parte dos gestores, na priorização de políticas integralizadoras, e dos profissionais, na humanização das ações para perceberem os usuários do SUS com suas subjetividades, carências e medos até de falar, de dizer algo que o profissional não goste, atitude que resulta em aceitar passivamente o que lhe é imposto.

O *vínculo* no marcador de **Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids** apresenta-se como um imenso desafio à realização do aconselhamento para solicitação do exame anti-HIV para a população geral (10,7%) e da abordagem consentida ao pedir o exame de HIV (76,5%).

Em 2005, dos brasileiros de 16 a 65 anos que realizaram o teste anti-HIV, 55,4% (n = 995) não receberam aconselhamento pré e 55,5% (n = 1.018) o aconselhamento pós-teste; além disso, tem ocorrido expansão desigual na testagem, atingindo principalmente mulheres em idade reprodutiva (incorporado na rotina do pré-natal), adultas e pessoas com melhores condições sociais. A testagem tem aumentando no País, mas sem fornecer melhor oferta do aconselhamento, sem a devida atenção à decisão autônoma das pessoas, com desigualdades segundo nível de escolaridade, região e raça (homens negros são menos testados) (Paiva, Pupo, Barboza, 2006; França Júnior, Calazans, Zucchi, 2008)

Em 38,5% (n = 249) UBS no Estado de São Paulo, o teste de HIV foi oferecido com aconselhamento por enfermeiro e médico, 10,0% só por enfermeiro, 9,2% só por médico e em 42,6% UBS não havia enfermeiro ou médico capacitado (Bersusa et al., 2007).

No MSP, qualquer profissional capacitado para o aconselhamento pode solicitar o exame para o HIV e sífilis (Portaria nº 2.703, de 20 de dezembro de 2003) (São Paulo, 2010b).

É imprescindível aumentar a testagem da sorologia do HIV com aconselhamento, pois essa estratégia contribui para interromper a cadeia de transmissão do HIV, permite conhecer o estado sorológico e aos profissionais de saúde permite refletir sobre as vulnerabilidades dos usuários dos serviços de saúde (França Júnior, Calazans, Zucchi, 2008).

Em referência aos princípios do SUS da universalidade do acesso aos serviços de saúde, da equidade e da integralidade, cabe aos serviços de saúde ofertar o teste anti-HIV com aconselhamento, informar sobre os procedimentos a serem realizados, os possíveis resultados e garantir o sigilo e confidencialidade (Brasil, 2009b).

A dificuldade do aconselhamento está muitas vezes no despreparo do profissional da saúde, resultado de um processo de formação acadêmica, norteadada pelo modelo clínico, como também da “falta de reflexão sobre suas práticas e sobre a necessidade de incluir a perspectiva da integralidade do cuidado” (Carneiro, Coelho, 2010; p. 1224).

O aconselhamento deve ser um momento democrático de discussão individualizada sobre dúvidas, riscos, atitudes e contextos sociais, porém, isso muitas vezes não ocorre. O que acontece é uma prática de saúde ignorada, banalizada ou realizada sem fundamentação teórica nos serviços especializados ou na rede básica (Paiva, Pupo, Barboza, 2006).

A integralidade do cuidado, na atenção à saúde de indivíduos e comunidades, busca “recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas” (p. 18), por exemplo, com o vínculo ao “abrir mais espaços para os usuários como verdadeiros sujeitos, e não como objetos de intervenção” (p. 19). Vínculo “como a construção de oportunidades de encontros menos ou mais capazes de favorecer

intersubjetividades mais ricas, plurais e produtoras de compartilhamentos” (Ayres, 2009; p. 20).

O vínculo é apontado como potência no planejamento das ações de prevenção ao HIV/aids, segundo as necessidades da população pelos gerentes de unidades da ESF em Capão Redondo, região Sul do MSP (Cirino, 2011).

Com relação à abordagem consentida ao pedir o exame do HIV para a população geral na Atenção Básica, essa prática contribui na promoção do vínculo do usuário com a UBS, na adesão ao tratamento dos portadores do HIV, das pessoas coinfectadas por tuberculose e HIV/aids e deve ser oferecida em parceria com rede especializada, integrando as redes de atendimento (Brasil, 2007d).

A abordagem consentida interfere diretamente na organização do processo de trabalho, pois, ao considerar a atenção integral ao usuário, mesmo que este não compareça às consultas ou busque medicamentos, ele continua na responsabilidade do serviço de saúde (Santos, Seidl, 2011).

Ao buscar garantir a integralidade e a equidade na atenção, é importante que a equipe multiprofissional reintegre o usuário do serviço de saúde, fortaleça o vínculo e elabore de forma conjunta possíveis caminhos que atendam às dificuldades de adesão que cada pessoa esteja confrontando. Porém, considerando os estigmas ainda existentes, essa atividade deve ser feita de modo que não fira os preceitos éticos e os direitos das pessoas com HIV/aids (Santos, Seidl, 2011), ou das pessoas que buscam a prevenção das DST.

Para atingir a integralidade no cuidado, também é preciso reconhecer os profissionais de saúde como essenciais na organização de ações de prevenção e controle do HIV/aids, mudar a formação profissional, realizar mais capacitação nos serviços de saúde e reflexão coletiva sobre seu trabalho (Souza, Freitas, 2009).

O *vínculo* no marcador de **Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade**, o acompanhamento dos casos encaminhados à referência em DST/aids, segundo os gerentes do presente estudo, ocorreu em 85,1% UBS.

Apesar dos resultados, a literatura mostra que os profissionais desvinculam a unidade da responsabilidade no acompanhamento dos casos, em cinco unidades da ESF, para 12 profissionais em Fortaleza, Ceará (Silva et al., 2005), ou quando realizam, é feita apenas por meio de visitas domiciliárias pelos agentes comunitários de saúde (Franco, 2011).

A visita domiciliária é uma tecnologia fundamental para o trabalho das equipes de saúde, independente do modelo de atenção, utilizada no reconhecimento das condições de vida e das necessidades de saúde das famílias em um dado território. Para tanto, necessita melhorar a qualificação, pois o que ocorre muitas vezes são visitas domiciliárias pontuais, rotineiras, não integradas no conjunto de ações das equipes de saúde, indicando não ocorrer uma prática integral (Nichita, 2010).

- **ENFOQUE FAMILIAR**

O *enfoque familiar* é a consideração da família e do ambiente familiar na consulta nos serviços (Sala et al., 2011). Além disso, é a família se tornar o centro da atenção, exigindo uma interação da equipe multiprofissional com essa unidade social, do conhecimento integral de seus problemas de saúde e de formas singulares de abordagem familiar (Mendes, 2012).

Ele possibilita colher resultados mais positivos em termos de melhoria na integração das ações de promoção a saúde e prevenção de agravos, uma melhor compreensão dos aspectos psicológicos das pessoas, aumento da confiança e da adesão ao tratamento, melhoria na qualidade de vida das pessoas, facilitação da comunicação entre o profissional de saúde e a

pessoa usuária do serviço, bem como o aumento da confiança das pessoas usuárias na abordagem a problemas de saúde delicados (Mendes, 2012).

O *enfoque familiar* foi analisado em relação aos marcadores das Ações de pré-natal e puerpério e Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids.

Nas **Ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às DST/HIV/aids**, observou-se que o *enfoque familiar*, na maioria das UBS, ocorre na busca ativa para o comparecimento do parceiro da gestante com diagnóstico de HIV (98,2%).

Para diminuir a transmissão vertical das DST/HIV é fundamental a busca ativa do parceiro da gestante. Entre as ações de prevenção às DST/HIV/aids na Atenção Básica é fundamental estabelecer estratégia de busca ativa, respeitando os princípios da ética, sigilo e cidadania, que garantam a convocação dos(as) parceiros(as) de pessoas portadoras desses agravos, prevenindo infecções e reinfecções (Brasil, 2006c).

O parceiro da gestante comumente torna-se invisível nos serviços de saúde; não existem serviços dirigidos para ele nos serviços públicos, com horários adequados, desvinculados dos serviços de ginecologia e que, além de informações corretas sobre contracepção, uso de preservativos e oferta de vasectomia, tratem das questões de sexualidade e prevenção de DST (Silva et al., 2011).

De acordo com o Programa do MSP de DST/aids, quando o resultado do teste anti-HIV da gestante é alterado, ela deve ser convocada imediatamente para esclarecimento da doença e a forma de convocação do parceiro. Caso a paciente não responda à convocação ou falte à consulta de pré-natal, deve-se fazer a busca ativa para a abordagem inicial da gestante e do parceiro (São Paulo, 2007a).

No MSP, a busca ativa para comunicação quanto às consultas, resultados de exames, entre outras necessidades de comunicação da unidade de saúde, só pode ser realizada se o usuário do serviço autorizou

esse procedimento, acionando o contato informado na ficha de aconselhamento/acolhimento (São Paulo, 2010c; São Paulo, 2010b).

Uma ação programática que está sendo implantada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo é o programa denominado “pré-natal do homem”. O programa foi implantado inicialmente em 45 cidades paulistas e até 2014 deve estar em 190 municípios considerados prioritários. O principal objetivo é evitar a transmissão do HIV e da sífilis da gestante para o bebê, caso o parceiro esteja contaminado, antes ou durante a gravidez, e acometer o feto (São Paulo, 2012e).

Essa medida tem o intuito de contribuir para aumentar o acesso às UBS, no tratamento das DST e propiciar maior discussão sobre a prevenção às DST/aids e outras doenças próprias dos homens. Para o(s) parceiro(s) das gestantes são oferecidas consultas, exames para sífilis e HIV com aconselhamento pré e pós-teste, educação em saúde na prevenção das DST, sobre a saúde dos pais e do bebê e de tratamentos para ajudar em um melhor andamento da gestação (São Paulo, 2012e)

No *enfoque familiar* nas **Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids**, observou-se que na maioria das UBS há busca ativa para o comparecimento do parceiro em caso de DST/HIV/aids (97,3%). Esse resultado foi melhor do que os encontrados na literatura.

No Monitoramento das ações de prevenção às DST/aids na Rede de Atenção Básica, do Programa Estadual de DST/aids, participaram 328 municípios. Em 1.131 (83,9%) e 1.108 (82,2%) UBS, respectivamente, fazem alguma ação para o comparecimento do(s) parceiro(s) da mulher com DST e da(s) parceira(s) do homem com DST (São Paulo, 2010e).

As diretrizes para diagnóstico e tratamento precoce incluem as parcerias sexuais, com o intuito de quebrar a cadeia de transmissão das DST, mas sabe-se que são pouco conhecidas ou assumidas pela Atenção Básica, existindo pouca ênfase na prevenção, o que envolve a convocação de parceiros sexuais (Pinto, 2007).

Apenas 26% dos usuários dos serviços da Atenção Básica relataram que a equipe multiprofissional sempre conhece a sua família, sendo esse percentual significativamente mais alto ($p=0,05$) na ESF (32%) do que no modelo de Programação em Saúde (20%) (Sala et al., 2011).

A integralidade relacionada à organização dos serviços e das práticas de saúde caracteriza-se pela incorporação das práticas preventivas e assistenciais em um mesmo serviço; desse modo, na ESF, a equipe multiprofissional deve estar capacitada para executar diversas ações, entre as quais está a busca ativa na comunidade adscrita (Alves, 2005).

Compreender o princípio da integralidade nas práticas de cuidado à Saúde da Família é fundamental para a afirmação de vínculos e laços de compromissos entre profissionais, famílias e comunidade (Kantorski et al., 2009).

Apesar da dificuldade da implantação da ESF no MSP, acredita-se que a ESF como forma de reorientação do modelo assistencial busca romper com práticas convencionais e hegemônicas de saúde e adota novas tecnologias de trabalho. Com a ESF, faz-se necessário mudar o objeto de atenção, forma de atuação e organização dos serviços, para o cuidado integral e da assistência continuada às famílias, para que a integralidade possa, de fato, permear as práticas cotidianas e integrar as ações programáticas (Kantorski et al., 2009).

- **PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

O componente da integralidade referente aos *profissionais de saúde* se refere à qualificação dos profissionais de saúde do serviço (Sala et al., 2011).

Os *profissionais de saúde* foram analisados em relação aos marcadores das Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids.

Nas **Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids**, os *profissionais de saúde* apresentaram desafios a serem superados com relação à capacitação para o atendimento por abordagem sindrômica das DST e para realizar o aconselhamento na oferta do teste HIV.

No presente estudo, a capacitação dos *profissionais de saúde* para o atendimento baseado na abordagem sindrômica das DST ocorreu em 51,2% das UBS. Em outro estudo, 751 (55,7%) e 755 (56%) UBS, respectivamente, possuem médicos e enfermeiros na unidade capacitados para realizar o atendimento das DST por Abordagem Sindrômica, segundo gerentes de UBS, no monitoramento das ações de prevenção às DST/aids na Rede de Atenção Básica do Estado de São Paulo (São Paulo, 2010e).

Porém, a abordagem sindrômica exige monitoração e avaliação constante dos protocolos, assim como supervisão e capacitação dos profissionais envolvidos (Nadal, Carvalho, 2004).

Com relação ao aconselhamento na oferta do teste de HIV, segundo os gerentes do nosso estudo, apenas 36,3% das UBS possuem *profissionais de saúde* capacitados.

Em 799 (59,2%) e 922 (68,4%) UBS, respectivamente, havia médicos e enfermeiros capacitados para realizar o aconselhamento na oferta do teste do HIV, segundo gerentes de UBS, no monitoramento das ações de prevenção às DST/aids na Rede de Atenção Básica do Estado de São Paulo (São Paulo, 2010e).

A baixa capacitação dos *profissionais de saúde* tanto na abordagem sindrômica quanto no aconselhamento pode estar relacionada com a formação inadequada desses profissionais para lidar com as realidades locais e as reais necessidades de saúde da população.

A Educação Continuada dos *profissionais de saúde* era caracterizada por capacitações pontuais, de caráter programático, centralizadas, que desconsiderava as realidades locais, as necessidades de aprendizagem dos trabalhadores, atendendo de forma fragmentária o usuário do serviço de

saúde, consolidando uma formação de profissionais despreparados para lidar com as totalidades ou realidades complexas (Cardoso, 2012).

De modo diferente, veio a Educação Permanente em Saúde, considerada um movimento de mudança da atenção e formação em saúde, baseada em Paulo Freire, tendo na educação o elemento transformador dos sujeitos em pessoas com capacidade crítica reflexiva da sua realidade (Cardoso, 2012).

A Educação Permanente em Saúde entende que somente a aprendizagem significativa é capaz de gerar a adesão dos profissionais de saúde aos processos de mudança do cotidiano, visto que os serviços de saúde são organizações extremamente complexas (Ceccim, 2005).

Desde 2004, o MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004) como estratégia do SUS à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, orientados pela integralidade da atenção à saúde (Brasil, 2004b; Brasil, 2009c).

Na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde consideram-se as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação, de desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (Brasil, 2009c)

A Educação Permanente em Saúde no SUS requer:

[...] trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento (Ceccim, 2005).

No MSP, a Política de Educação Permanente em Saúde para a qualificação dos *profissionais* é constituída pelo Grupo Técnico de Educação Permanente em Saúde (GTEPS), coordenado pela Escola Municipal de Saúde e cinco Núcleos Regionais (Norte, Sul, Leste, Sudeste e Centro-Oeste).

A Educação Permanente em Saúde possibilita transformar as práticas de saúde, ao ampliar conhecimentos, intervindo nas necessidades de saúde, percebendo as diversidades sociais e o direito à diferença, com respeito à dignidade humana (São Paulo, s.d.b)

A Política de Educação Permanente em Saúde no MSP engloba a formação, a gestão da atenção à saúde e o controle social. Busca desenvolver e implantar um sistema de compartilhamento e socialização dos conhecimentos e informações geradas nos processos de trabalho e nos programas de capacitação e formação desenvolvidos no âmbito da SMS (São Paulo, s.d.b).

No âmbito da prática profissional, a análise das práticas de atenção à saúde deve buscar “a integralidade como valor a ser sustentado e defendido, nas práticas dos profissionais da saúde, ou seja, um valor que se expressa em como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram” (Mattos, 2009a; p. 52)

A equipe de saúde não tem competência para manejar as condições crônicas ou os agravos; por falta de capacitação, o problema pode ser identificado no âmbito micro (por afetar as relações entre a equipe, os usuários e suas famílias), como também, a falta de competência pode ser considerada um problema no âmbito meso (por ser responsabilidade da organização de saúde assegurar as condições para que as equipes de saúde manejem bem as condições crônicas). Isso inclui a provisão de educação permanente. Além disso, a falta de competência das equipes, no plano educacional, pode ser um problema do âmbito macro (porque as normas sobre os currículos de graduação e pós-graduação podem ser inadequadas) (Mendes, 2012).

- **COORDENAÇÃO/INTEGRAÇÃO**

A *coordenação/integração* é a articulação das ações que garantam a qualidade na continuidade do atendimento pela equipe multiprofissional dos serviços e para consultas referenciadas a especialistas (Sala et al., 2011). Ela foi analisada em relação aos marcadores das Ações de pré-natal e puerpério, Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids e Integração das Ações entre UBS, SAE em HIV/DST/aids e maternidade.

No marcador das **Ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às DST/HIV/aids**, a *coordenação/integração* nos serviços da atenção básica refere-se à notificação do diagnóstico de sífilis da gestante e a UBS ter o hospital de referência para o parto da gestante HIV positiva, o que ocorreu na maioria das UBS do nosso estudo.

No MSP, a Comissão Municipal de Normatização e Avaliação de Controle da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis instituiu ações de controle, como, por exemplo, a notificação compulsória da gestante com sífilis, a vigilância de sífilis em gestantes, o estabelecimento do fluxo desde assistência até notificação do caso e a estratégia da vigilância laboratorial (São Paulo, 2011a).

Além de notificar a sífilis na gestação, para uma análise mais precisa do perfil epidemiológico das gestantes, é necessário aprimorar a qualidade dos dados, por meio de adequada coleta/investigação, preenchimento dos instrumentos de notificação e digitação nos sistemas de informação (Sinan) (Boletim Epidemiológico AIDST, 2011a). Isso contribuirá para o cuidado integral na atenção no pré-natal.

A integralidade na atenção a saúde com relação às DST/HIV/aids também pressupõe a notificação de casos de sífilis na gestação para o planejamento das atividades preventivas e assistenciais.

A notificação compulsória de uma doença busca reunir informações suficientes para que análises sejam feitas e permitam intervenções que diminuam suas consequências, ou seja, reduzir a incidência até sua eliminação. Portanto, o preenchimento das fichas de investigação de agravos de notificação compulsória com qualidade é decisivo para o planejamento das intervenções (Saraceni, Miranda, 2012).

Com relação ao hospital de referência para o parto, nem sempre as equipes da ESF indicam a maternidade, segundo Bezerra (2008), num estudo em três Centros de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, 11 gestantes não sabiam ou não tinham sido informadas; seis tinham sido informadas e quatro gestantes não responderam por desconhecerem esse encaminhamento ou informação.

Para Araújo et al. (2008c) foi difícil desenvolver estudo com gestantes com diagnóstico do HIV em maternidade no Ceará, pois a demanda era baixa, mesmo em hospital de referência para o acompanhamento pré-natal e parto de mulheres grávidas com HIV.

No discurso do profissional da saúde há desinformação quanto à maternidade de referência para gestante com diagnóstico de HIV, que deveria ser orientada na primeira consulta de pré-natal. A ausência dessa orientação prejudica a qualidade da atenção no pré-natal, levando a gestante à peregrinação desnecessária pelas maternidades no momento que entrar em trabalho de parto (Lima, 2007).

Segundo o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto (Brasil, 2002b). A ausência dessa atividade pelas UBS prejudica a gestante e consequentemente a efetivação da integralidade na atenção ao pré-natal e a consolidação do SUS.

A integralidade na assistência à saúde é um processo que envolve a vida das pessoas, suas histórias de vida, aspirações e expectativas. Deve

considerar as questões de demanda, das necessidades da comunidade, articuladas com a atuação dos profissionais da saúde, direcionada a uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar para o cuidado à saúde (Soares et al., 2011)

No marcador das **Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids**, a *coordenação/integração* dos serviços da atenção básica mostrou-se como desafio à equipe multiprofissional fazer o preenchimento da notificação de exame positivo para detecção de sífilis, pois apenas 55,5% das UBS fazem.

Segundo Bersusa et al. (2007), no estudo com gerentes de UBS, em 30 municípios do Estado de SP, em 61,9% (n = 341) UBS a notificação compulsória de todas as DST é realizada.

Entretanto, estudos têm demonstrado que há subnotificação dos casos de DST e, além disso, a qualidade das informações disponíveis ainda é um problema; também foi notificado que gerentes de UBS, equipes e referências desconhecem critérios e fluxos de notificação (Cavalcante, Ramos Júnior, Pontes, 2005; Franco, 2011).

É fundamental que a equipe multiprofissional na Atenção Básica preencha de modo adequado as informações na ficha de notificação compulsória no Sinan, que é obrigatória a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, odontólogos, entre outros, como também que participe na investigação epidemiológica e na análise dos dados relativo às pessoas de sua área de atuação (Brasil, 2006c; Brasil, 2011a).

Para alcançar a integralidade na atenção em saúde, além da notificação compulsória de casos, a vigilância em saúde é fundamental, constituindo um grande potencial para promover a saúde (no ambiente e nos locais de trabalho), onde o controle social da informação e avaliação das políticas e ações de saúde, por meio da reordenação dos processos de trabalho, com a incorporação dos gerentes dos serviços, técnicos e

representantes da população organizada, com instrumentos e meio de trabalho (tecnologias), tornam-se essenciais (Faria, Bertolozzi, 2009).

As boas práticas de atenção à saúde e como se efetivam no cotidiano do trabalho, para melhoria da produção do cuidado à saúde aos usuários do SUS, tanto na área da gestão quanto da organização dos serviços de saúde, são de suma importância para configuração do princípio da integralidade (Soares et al., 2011).

No marcador de **Integração das Ações entre UBS, SAE em HIV/DST/aids e maternidade**, a *coordenação/integração* dos serviços da atenção básica, diversas atividades mostraram ser um desafio à superação pelas UBS no MSP.

Entre as atividades, estão o fornecimento da ficha de encaminhamento e marcação da consulta na referência em DST/aids (CRT e SAE) das gestantes diagnosticadas com HIV, o retorno das informações à UBS, após o encaminhamento das gestantes às referências DST/aids (CRT e SAE), o retorno para a UBS sobre o parto da gestante HIV encaminhada, o agendamento na referência em DST/aids, quando diagnosticado resultado positivo para HIV e o fluxo de referência/contrarreferência dos pacientes encaminhados à especialidade em DST/aids.

Nas regiões Norte e Centro-Oeste do MSP, Marsiglia (2008) verificou com gerentes de UBS, não havendo diferença entre os modelos de organização dos serviços, a dificuldade para realizar encaminhamentos. Quando realizados, era sem consulta prévia, o que provocava um grande absenteísmo. Os encaminhamentos para os Centros de Referência em DST eram mais rápidos, porém as unidades tinham cotas de vagas para usar (muitas vezes insuficientes); a marcação por telefone apresentava problemas; a contrarreferência para a Atenção Básica era ruim; o retorno das informações de forma escrita/oficial era raro, comumente o usuário era quem trazia oralmente as informações sobre os resultados dos exames e as condutas a serem seguidas.

Foram encaminhados pelo menos uma vez para especialistas 34,8% dos usuários de 10 UBS, das regiões Norte e Centro-Oeste do MSP; os usuários das unidades com ESF apresentaram proporção de 22% e UBS tradicionais 48%. Para 59,4% dos usuários sempre foram encaminhados para especialistas pela unidade e para 82,1% o posto sempre ajudou no agendamento (Sala et al., 2011).

Para equipes da ESF, Fortaleza, Ceará, a ênfase era dada nos encaminhamentos aos serviços especializados, mas restrita ao pré-natal e ao planejamento familiar; nunca existiu atendimento à demanda em HIV/aids pelos profissionais, que desconheciam informações sobre as formas de acesso e as rotinas do SAE; os profissionais do SAE desconheciam a rotina e a dinâmica de atendimento em HIV/aids da ESF; as dificuldades na articulação entre os serviços de atendimento em HIV/aids foram a ausência do processo de referência e contrarreferência, além da falta de comunicação entre os profissionais e os serviços (Silva et al., 2005).

A integralidade pode ser estimulada com o desenvolvimento de sistemas integrados, onde “as necessidades das populações sejam documentadas, os serviços sejam planejados”, onde o nível mais adequado da atenção se responsabilize em fornecer os serviços apropriados (Starfield, 2002; p. 195)

Outros estudos têm apontado que o sistema de referência e contrarreferência é um problema para a equipe multiprofissional, independente do nível de assistência (primário, secundário e terciário), desde meados da década de 1980 (Juliani, Ciampone, 1999; Maeda, 2002). Porém, mesmo considerando que os conceitos de referência e contrarreferência são uma das bases para as mudanças desejadas para o setor saúde, ainda é pouco desenvolvido, falta integração da atenção básica com a média e alta complexidade, distanciando-se da integralidade e do acompanhamento das necessidades dos usuários (Fratini, Saupe, Massarolli, 2008; Antunes, Guedes, 2010)

Zoboli e Fortes (2004), ao analisarem 33 depoimentos de enfermeiros

e médicos, da ESF do MSP, com o objetivo de identificar problemas éticos vivenciados por esses profissionais, observaram dificuldades relacionadas com os serviços de referência e contrarreferência. A referência e acesso a serviços e procedimentos complementares também apareceram como problemas éticos para profissionais de saúde em estudos feitos na Atenção Básica nos Estados Unidos, Canadá e Holanda, apesar das diferenças entre os diversos sistemas de saúde e das políticas públicas em cada país.

Em 802 (59,5%) UBS houve a contrarreferência das maternidades para as UBS, por meio do cartão da gestante; os dados foram preenchidos corretamente e as informações sobre intercorrências no momento do parto foram colocadas no monitoramento das ações de prevenção às DST/aids na Rede de Atenção Básica no Estado de São Paulo (São Paulo, 2010e).

As equipes de saúde da ESF tomam conhecimento dos casos de HIV/aids, por meio do diagnóstico realizado nas unidades (principalmente usuários do grupo prioritário de atendimento: gestantes e pacientes com tuberculose e pelos agentes comunitários de saúde); era praticamente inexistente a comunicação entre os dois serviços; o principal instrumento de comunicação era um formulário impresso, sendo rara a comunicação por telefone, especialmente no caso de pacientes faltosos; a equipe revelou ser importante realizar a contrarreferência, apesar de ocorrer raramente ou quando ocorria era por meio do próprio paciente (Franco, 2011).

A referência/contrarreferência e a articulação intersetorial são fundamentais para uma prática integral na rede assistencial, visto que a integralidade abrange ações dentro e fora das instituições de saúde. Os profissionais precisam assumir a responsabilidade pelo “transitar” (aspas do autor) do usuário na rede, respeitando suas particularidades e seu lócus de inserção social ao buscar identificar suas reais necessidades de prevenção/assistência e ao selecionar as intervenções ofertadas (Bonfada et al., 2012).

Para o Programa Estadual de DST/aids de São Paulo, é fundamental a integração das áreas técnicas da atenção básica, da mulher, da criança e

DST/aids, além da sociedade civil em todos os níveis de assistência e a inclusão do tema na agenda dos gestores, pois os agravos têm diagnóstico e tratamento disponíveis (São Paulo, 2011e)

É necessário (re)pensar a organização tecnológica do trabalho, com a clínica ampliada como espaço facilitador à integralidade, com o uso de tecnologias leves, dando suporte ao estabelecimento do acolhimento/vínculo, ausentes em todos os níveis de atenção à saúde (Bonfada et al., 2012).

A “integralidade ampliada”, resultado da articulação em rede (UBS, equipe da ESF, SAE, hospital, entre outros) e da “integralidade focalizada” (ambas aspas do autor), não ocorre num único lugar e sim em cada serviço de saúde, onde as várias tecnologias estão distribuídas ao longo da rede, num esforço intersetorial e a partir das reais necessidades dos usuários, como centro dos serviços e do sistema de saúde (Cecílio, 2009).

A integralidade está relacionada à integração dos serviços, por meio das redes assistenciais, visto que nenhum serviço de saúde possui a totalidade de recursos e competências para a solução das necessidades de saúde da população em todos os seus ciclos de vida (Hartz, Contandriopoulos, 2004).

[...] Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. (Hartz, Contandriopoulos, 2004; p. 331)

A integralidade requer que as UBS estejam articuladas com outros serviços de saúde, para oferecer todos os tipos de serviços de atenção à saúde (incluindo os encaminhamentos para outros serviços), esclarecendo sua responsabilidade tanto para o usuário quanto para a equipe. A equipe, além de saber identificar os problemas do usuário (funcionais, orgânicos e

sociais), deve oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e assistenciais (Starfield, 2002).

No atendimento aos portadores de DST na Atenção Básica, para além de estratégias de controle primário (preservativo) e secundário (diagnóstico e tratamento), é preciso oferecer educação em saúde para a população com aumento do conhecimento em DST, práticas de sexo seguro, acesso ao aconselhamento, humanização, diagnóstico precoce e de qualidade, tratamento resolutivo das DST (Pinto, 2007; Georgeti, 2007).

Também, faz-se necessário otimizar recursos humanos e financeiros, utilizando a intersetorialidade, onde os serviços estejam articulados com os demais níveis hierárquicos da atenção, para permitir maior resolubilidade, continuidade e integralidade. Para os casos não resolvidos na Atenção Básica, é necessário serviço de contrarreferência pautado nos princípios do SUS (Pinto, 2007; Georgeti, 2007).

A integralidade da atenção não tem se concretizado, pois a descentralização e a regionalização não têm possibilitado processos de integração dos serviços nos diferentes níveis de atenção para formação de redes de assistência. Existe desproporção do número de UBS com o número de habitantes; há insuficiência de rede de serviços nos níveis secundário, terciário e de recursos humanos; despreparo dos profissionais para atividades que exigem qualificação específica e dificuldades operacionais dos sistemas de informação; existe confusão das responsabilidades e dos papéis dos gestores, pois atualmente existem diferentes comandos no governo (municipal, estadual e das OS), resultando em fragmentação dos recursos e distanciamento na atenção das necessidades de saúde da população (Saito, 2010).

Em São Paulo, a centralização da saúde na gestão municipal de 2005-2008 levou ao desarranjo das estruturas locorregionais da SMS, resultando no esvaziamento técnico e político desse serviço. Recomenda-se a descentralização locorregional, articulada à gestão de todo o sistema de

saúde do município, e que sejam avaliadas as experiências de outros países como Montevideu, Uruguai, entre outros (Spedo, Tanaka, Pinto, 2009).

Para efetivação da integralidade na atenção às DST/HIV/aids na Atenção Básica, é fundamental reorganizar os serviços, levando em conta as vulnerabilidades programáticas, num diálogo com os atores sociais envolvidos (usuários, equipe multiprofissional, gestores, entre outros).

É necessário reorganizar os serviços de saúde e discutir com os profissionais como inserir as atividades de prevenção, assistência, as prioridades no atendimento em DST/aids, da revisão de fluxos, dos encaminhamentos na rotina das UBS e da necessidade da descentralização para ampliar o acesso da população as ações em DST/HIV/aids, como também da “promoção da sustentabilidade dessas ações” (Monteiro Júnior et al. 2007;p.55)

Considerando as tendências e mudanças no perfil da epidemia do HIV/aids (interiorização; pauperização; heterossexualização; feminização; juvenilização; manutenção de grupos mais vulneráveis: HSH, UDI e trabalhadores do sexo; aumento da sobrevida; diminuição da mortalidade e da transmissão vertical) e seguindo o Protocolo de Atenção Básica às DST/aids do MS, as UBS como porta de entrada do SUS têm condições de identificar a vulnerabilidade da população, realizar a testagem sorológica para o HIV com aconselhamento, tratar por Abordagem Sindrômica casos de DST e acompanhar os usuários com DST que estejam em tratamento em serviços especializados (Georgetti, 2007; SEADE, 2012). Para tanto, é preciso “fortalecer o intercâmbio entre a rede de Atenção Básica e os programas de saúde existentes nos Municípios e nos Estados” (Georgetti, 2007; p. 92).

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Entende-se que o alcance dos objetivos específicos permitiu “analisar a vulnerabilidade programática na atenção às DST/HIV/aids nas UBS da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil, para efetivação do princípio da integralidade”.

Considera-se que a consolidação da hipótese, qual seja, “as UBS possuem vulnerabilidades de âmbito programático que dificultam a efetivação do princípio da integralidade como modo de organizar as práticas com relação às DST/HIV/aids”, foi evidenciada no decorrer do desenvolvimento do estudo.

Ao analisar a vulnerabilidade programática na atenção às DST/HIV/aids nas UBS da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil, para efetivação do princípio da integralidade, foi possível verificar que, em relação à caracterização das UBS, há um *mix* de modelos de organização da atenção à saúde, “tradicionais” em maior percentual, seguido exclusivamente das ESF e uma composição das duas. Também é evidente a participação das OSS na gestão administrativa da saúde na cidade, com 12 delas identificadas no estudo, que mostra ainda a importante participação dos enfermeiros como gerentes das UBS.

Em relação ao objetivo de verificar o grau de Vulnerabilidade Programática das UBS, constatou-se que, em relação aos marcadores de um modo geral, as unidades têm baixa vulnerabilidade. No marcador de Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência, que totalizou 16 itens, a maioria das UBS possui consultório que permite privacidade visual/auditiva para atendimento em DST/HIV/aids; sala para realização de atividade educativa; distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: pílula, injetável e preservativo masculino; quantidade de insumos de contracepção e prevenção: pílula, injetável, DIU e preservativo masculino; quantidade de exames laboratoriais: sífilis, anti-HIV,

sorologia para hepatite B; coleta diária de exames laboratoriais em geral e exame para gravidez imediata em caso de atraso menstrual.

No marcador de Respostas às necessidades de tratamento em DST/HIV/aids, segundo sete itens, a maioria das UBS faz tratamento com Penicilina Benzatina quando há diagnóstico de sífilis da gestante; há o atendimento com base na abordagem sindrômica; realiza-se tratamento da candidíase, da sífilis, da tricomoníase e da clamídia.

No marcador de Ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às DST/HIV/aids, 11 itens avaliados, a maioria das UBS agenda a primeira consulta de pré-natal em até duas semanas; faz o teste de detecção da hepatite B no pré-natal; o teste de detecção da hepatite C à gestante; a oferta do exame de Papanicolaou às gestantes é um procedimento padrão; realiza busca ativa para comparecimento do parceiro da gestante com diagnóstico de HIV; notifica o diagnóstico de sífilis da gestante e tem hospital de referência para o parto da gestante HIV positiva.

No marcador de Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids, com dez itens, a maioria das UBS realiza ação para comparecimento do(a) parceiro(a) em caso de DST/HIV; faz busca ativa de usuários portadores de DST que não comparecem à unidade e realiza teste para HIV, na população em geral, em qualquer dia da semana.

No marcador de Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade, segundo oito itens, a maioria das UBS possui fluxo de notificação de sífilis congênita na maternidade; faz a notificação do diagnóstico de HIV da gestante e existe retorno para a unidade sobre o parto da gestante HIV encaminhada.

O estudo mostrou que as UBS possuem em algum grau vulnerabilidades no âmbito programático de Estrutura e Dinâmica de Organização do Serviço de Saúde e de Operacionalização das Ações na atenção às DST/HIV/aids. Apesar de que a maioria das UBS tenha apresentado baixa e média vulnerabilidade nos itens avaliados, ainda sim

são necessários investimentos na Atenção Básica para que seja efetivado o princípio de integralidade, conforme destacado a seguir.

Traduzido em **acessibilidade**, o marcador de vulnerabilidade programática de Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids tornou possível verificar que a não disponibilidade de materiais básicos para atividades educativas e a distribuição irregular de insumos de contracepção e prevenção, como o DIU, são pontos de fragilidade.

Nas Ações de pré-natal e puerpério, em relação à atenção às DST/HIV/aids, verificou-se que ainda é baixa a oferta de testes de detecção de sífilis à gestante em tempo oportuno, no primeiro e terceiro trimestres da gestação, mesmo do teste de HIV no pré-natal.

E no marcador de Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade há vulnerabilidade na **acessibilidade** quanto à demora no tempo médio de retorno do resultado dos exames laboratoriais, particularmente de HIV.

No componente **porta de entrada**, no marcador de vulnerabilidade programática de Respostas às necessidades de tratamento em DST/HIV/aids, verificou-se que algumas UBS não indicavam tratamento com Penicilina Benzatina, sem pedido ou resultado de exame, ao parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis, apesar de recomendação para tal.

A integralidade traduzida em **vínculo**, no marcador de vulnerabilidade programática de Ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às DST/HIV/aids, revelou que algumas UBS não realizam abordagem consentida para solicitação de teste para HIV à gestante e a comunicação do diagnóstico de HIV à gestante não é realizada por equipe multiprofissional.

Ainda no componente **vínculo**, no marcador das Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids, algumas UBS não fazem o aconselhamento

para o exame de HIV e não realizam abordagem consentida ao pedir exame de HIV.

No componente de integralidade **profissionais da saúde**, no marcador de Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids, foi possível identificar UBS cujos profissionais não tiveram capacitação para realização da abordagem sindrômica das DST (metade delas haviam sido treinadas para tal) nem ao menos capacitados para realização do aconselhamento na oferta do teste do HIV.

A integralidade traduzida em **coordenação/integração**, no marcador de vulnerabilidade programática das Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids, verificou que em metade das UBS a equipe multiprofissional fazia a notificação do exame positivo para detecção de sífilis.

Na Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade constatou-se que há encaminhamento das UBS para as referências e em algumas há marcação de consulta na referência em DST/aids (CRT e SAE), particularmente das gestantes diagnosticadas com HIV, não sendo esta a conduta em todas.

É baixo o retorno das informações à unidade; após o encaminhamento das gestantes às referências DST/aids (CRT e SAE), o retorno para a unidade sobre o parto da gestante HIV encaminhada, o agendamento na referência em DST/aids, quando diagnostica resultado positivo para HIV e baixo fluxo de referência/contrarreferência dos pacientes encaminhados à especialidade em DST/aids.

O estudo identifica serem necessários investimentos em educação permanente, no que se refere ao desenvolvimento de treinamentos e capacitações nas ações para promoção à saúde e prevenção das DST/HIV/aids na Atenção Básica, como também a inclusão nos currículos de formação dos profissionais da saúde para que se consiga realmente a consolidação do SUS.

A integralidade traduzida em práticas de saúde na atenção às DST/HIV/aids possibilitou visualizar as vulnerabilidades programáticas nas UBS e apontou desafios para sua efetivação.

Os avanços tecnológicos, principalmente em relação ao tratamento das DST/HIV/aids, não substituem a busca pela melhoria das ações no âmbito programático na Atenção Básica; ao contrário, reforçam a necessidade de que sejam apropriadas por esse ponto da atenção no sentido de sua centralidade no território em coordenação conjunta com os demais pontos da rede de serviços.

O estudo é inédito e inovador, ao obter a participação na investigação de quase a totalidade das UBS sob gestão municipal na cidade de São Paulo, ao realizar de forma *online* e ao constituir parâmetros de análise da vulnerabilidade programática, segundo a elaboração de um conjunto de marcadores.

Ao analisar a vulnerabilidade programática na atenção às DST/aids na Atenção Básica, para a efetivação da integralidade, abrem-se novas e promissoras perspectivas para o conhecimento e intervenção. No âmbito da produção do conhecimento, tratou de explicitar que a estrutura e organização das práticas nas UBS expressam vulnerabilidade programática e que a construção de marcadores e a análise de seus resultados enriquecem o conceito de vulnerabilidade, referencial caro à compreensão ampliada da epidemia, para além de seu aspecto biológico e comportamental.

No âmbito da intervenção, a discussão com gestores e equipes de saúde envolvidos na atenção sobre como se construíram os marcadores e os resultados obtidos no estudo permite avançar nos compromissos com a saúde dos indivíduos e coletividade na cidade. Reconhecendo que os tempos da pesquisa e da gestão são diferentes, os resultados do presente estudo estão sendo apresentados e discutidos junto às áreas técnicas da Secretaria Municipal da Saúde e seus coordenadores de saúde, com vistas a promover “devolutivas” com gerentes e equipes das UBS, respondendo à

finalidade do estudo, de subsidiar a qualificação da atenção em DST/HIV/aids na cidade. Concluindo que para efetivação do princípio da integralidade há necessidade de fomentar processos dialógicos entre os atores sociais envolvidos na busca de soluções às vulnerabilidades programáticas encontradas.

7 REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS

Almeida MS, Argôlo DS, Almeida Júnior JS, Pinheiro MS, Brito AMG. Tricomoníase: prevalência no gênero feminino em Sergipe no biênio 2004-2005. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15 Supl 1:1417-21.

Almeida PF. Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

Alves M, Penna CMM, Brito MJM. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. *Rev. bras. enferm.* 2004;57(4):441-46.

Alves MTSSB, Silva AAM, Nemes MIB, Brito LGO. Tendências da incidência e da mortalidade por Aids no Maranhão, 1985 a 1998. *Rev. Saúde Pública*. 2003;37(2):177-82.

Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. *Interface - Comunic. Saúde Educ.* 2005;9(16):39-52.

Amato Neto V, Medeiros EAS, Kallas EG, Levi GC, Baldy JLS, Medeiros RSS. *AIDS na prática médica*. São Paulo: Sarvier; 1996.

Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(11):2329-38.

André AM, Ciampone MT. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. Rev. esc. enferm. USP. 2007;41(spe):835-40.

Anjos RHD, Silva JAS, Val LF, Rincón LA, Nichiata LYI. Differences between female and male adolescents regarding individual vulnerability to HIV. Rev. esc. enferm. USP. 2012;46(4):829-37.

Antunes MJM, Guedes MVC. Integralidade nos processos assistenciais na atenção básica. In: Garcia TR, Egry EY, organizadores. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010. p.19-28.

Araújo MAL, Farias FLR, Rodrigues AVB. Aconselhamento pós teste anti-HIV: análise a luz de uma teoria humanística de Enfermagem. Esc. Anna Nery. 2006;10(3):425-31.

Araújo MAL, Queiroz FPA, Melo SP, Silveira CB, Silva RM. Gestantes portadoras do HIV: enfrentamento e percepção de uma nova realidade. Ciênc. cuid. saúde. 2008b;7(2):216-23.

Araújo MAL, Silveira CB, Silveira CB, Melo SP. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. Rev. bras. enferm. 2008c;61(5):589-94.

Araújo MAL, Vieira NFC, Bucher JSNF. Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV como estratégia de melhoria da cobertura de testagem em gestantes e prevenção da transmissão vertical do HIV. Boletim Epidemiológico de Aids e DST. 2006;1:16-22.

Araújo MAL, Vieira NFC, Silva RM. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. Ciência & Saúde Coletiva. 2008;13(6):1899-1906.

Assis MMA, Assis AA, Cerqueira EM. Atenção primária e o direito à saúde: algumas reflexões. *Rev. baiana Saúde Pública*. 2008;32(2):297-303.

AVERTing HIV and AIDS (AVERT). STD statistics worldwide. [internet] Horsham, England; 2011. [updated 2011; cited 2012 Jul 25]. Available from: <<http://www.avert.org/std-statistics.htm>>

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França-Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.375-418.

Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Healthcare. *Interface*. 2012;16(40):67-82.

Ayres JRCM. Com a palavra, os debatedores. Seminário Prevenção das DST/AIDS: novos desafios. In: *Anais do Seminário Prevenção das DSTs/AIDS*; 2009 ago.17-19; [Pimenta MC, Raxach JC, Terto Júnior V, organizadores]; Rio de Janeiro: ABIA; 2010. p.19-20.

Ayres JRCM, Dalmaso ASW, Novaes HMD, Schraiber LB, Nemes MIB, Peduzzi M. Caminhos da integralidade: levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana [projeto de pesquisa]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.

Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34; 1999. p. 49-72.

Ayres JRCM. HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. São Paulo: Casa da Edição; 1996.

Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde soc. 2009;18 Supl 2:11-23.

Barcellos C, Acosta LMW, Lisboa E, Bastos FI. Surveillance of mother-to-child HIV transmission: socioeconomic and health care coverage indicators. Rev. Saúde Pública. 2009;43(6):1006-13.

Barcelos MRB, Vargas PRM, Baroni C, Miranda AE. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2008;30(7):349-54.

Benazzi AST, Viana LS, Santos TF, Marques WS. Aconselhamento pré e pós teste anti HIV da gestante na atenção básica. Cad. Pesq. 2012;19(1):74-80.

Bersusa AAS, Gonçalves DA, Guibu IA, Paula IA. Entendendo a realidade dos serviços: análise dos resultados. In: Paula IA, Guibu IA, organizadores. DST/aids e rede básica: uma integração necessária. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2007. p. 34-50

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev. esc. enferm. USP. 2009;43 Spe2:1326-30.

Bezerra MP. Percepção da gestante sobre a integralidade da atenção pré-natal [dissertação]. Fortaleza: Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza; 2008.

Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasil: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2012;8(1).

Boletim Epidemiológico AIDST. Centro de Referência e Treinamento (CRT) DST/AIDS. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Secretaria de Estado da Saúde: Programa Estadual de DST/Aids. São Paulo. 2008;25(01).

Boletim Epidemiológico AIDST. Centro de Referência e Treinamento (CRT) DST/AIDS. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Secretaria de Estado da Saúde: Programa Estadual de DST/Aids. São Paulo. 2011a;25(01).

Boletim Epidemiológico AIDST. Centro de Referência e Treinamento (CRT) DST/AIDS. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Secretaria de Estado da Saúde: Programa Estadual de DST/Aids. São Paulo. 2011b;28(1).

Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST e Hepatites B e C do Município de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. 2010;15(13).

Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST e Hepatites B e C do Município de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. 2011;15(14).

Boletim Epidemiológico CVE. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Coordenadoria de Controle de Doenças. 2012;02(11).

Boletim Epidemiológico - Hepatites Virais. Brasil: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2011;2(1).

Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araujo DP, Guimarães. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(2):555-60.

Bousquat A, Cohn A, Elias PE. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(9):1935-43.

Buchalla CM, Cavalheiro TR. A classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde e a aids: uma proposta de *core set*. *Acta Fisiatr*. 2008;15(1):42-8.

Brasil. Agência Brasil. Empresa Brasil de Comunicação. Brasil registra cerca de 33 mil novos casos de hepatites virais por ano. [internet]. Brasília; 2012a. [citado 2012 jul. 28]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2012-07-25/brasil-registra-cerca-de-33-mil-novos-casos-de-hepatites-virais-por-ano>

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1:18055.

Brasil. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 mai 1998a. Seção 1:2941.

Brasil. Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. Coordenação Nacional de DST e Aids. 2ª ed. Brasília; 1998b.

Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos síntese dos principais resultados. Brasília; 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. 2ª ed. Brasília; 2007a.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Aids, DST e Hepatites Virais. Dados Epidemiológicos. [internet]. Brasília; 2012b. [citado 2012 jul. 28]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jul/25/apresentacao_hepatites_200712_12h.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diagnóstico: candidíase. [internet]. Brasília; 2007b [citado 2012 jul 25]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/candidiase-ou-monoliase-e-uma-infeccao-provocada-por-fungos-o-mais-frequente-e-candida-albi>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. DST no Brasil. [internet]. Brasília; s.d.a [citado 2012 jul 25]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Hepatite C. [internet]. Brasília; s.d.b [citado 2012 jul 25]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/hepatite-c>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. OMS reconhece impacto das hepatites virais. [internet]. Brasília; 2010a.

[citado 2012 jul. 25]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/oms-reconhece-impacto-das-hepatites-virais>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa. DST atinge 10,3 milhões de brasileiros. [internet]. Brasília, 2009a. [citado 2011 ago 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/es/node/36891>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Denasus. Orientações para proceder auditoria na Atenção Básica. Brasília; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Hepatites virais: desafios para o período de 2011 a 2012. [internet] Brasília; s.d.c [citado 2012 out 02]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Metas_hepatites.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST. Coordenação Nacional de DST/Aids. 4ª ed. Brasília; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Política do Programa Nacional de DST/Aids. Missão do Programa Nacional. [internet]. Brasília, s.d.d [citado 2009 maio 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISB9C1F777PTBRIE.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Acesso a informação. Especialistas alertam sobre o HPV. [internet]. Brasília; s.d.e [citado 2012 jul 25]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22444

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Luta contra aids: preservativo masculino. [internet] Brasília; 2012c [citado 2012 jul 07] Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5475/162/camisinhas-femininas-serao-distribuidas-nesta-semana.html>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de jan de 2012d.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de jan. de 2011a. Seção 1:37.

Brasil. Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009. Amplia o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de out 2009b. Seção 1:40.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 fev. 2004b. Seção1:37.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.170, de 5 de junho de 2012. Habilita Municípios a receber recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), componente Ampliação. Diário Oficial da União, Brasília, 05 de junho de 2012e. Seção 1:77.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.398, de 5 de julho de 2012. Habilita Municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação

de Unidades Básicas de Saúde (UBS), componente Reformas. Diário Oficial da União, Brasília, 10 jul. 2012f. Seção 2:3.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.624, de 10 de Julho de 2007. Regulamenta, para o ano de 2007, a transferência dos incentivos financeiros referentes à Compensação de Especificidades Regionais - CER, componente da parte variável do Piso da Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 11 jul 2007c. Seção 1:47.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Diário Oficial da União, Brasília, 19 set 2011b. Seção 1:50.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 24 de outubro de 2011c. Seção 1:48-55.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília; 2011d. Seção 1:54.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília; 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral c e coinfeções. Brasília; 2011e.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 201, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [internet]. Brasília; 1996 [citado 2012 fev. 16]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. 3ª ed. Brasília; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica nº18. Brasília; 2006c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2ª ed. Brasília; 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. 5. reimp. Brasília; 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília; 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde (ANPPS). 2ª ed. Brasília; 2008c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2009c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao Tratamento para pessoas que vivem com HIV E AIDS. Brasília; 2007d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília; 2008d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Plano Estratégico Programa Nacional de DST e Aids 2005. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005. Brasília; 2008e.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio à Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. 2ª ed. Brasília; 2009d.

Brasil. Ministério da Saúde. Uso de medicamentos para estratégia de prevenção. [internet]. Brasília; 2012g [citado 2012 set 30]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/blog/2012/51815/uso_de_medicamentos_para_estrategia_de_prevencao

Brazil. Brazilian Ministry of Health. Health Surveillance Secretariat. Department of STD, AIDS and Viral Hepatitis. Progress Report on the Brazilian Response to HIV/AIDS (2010-2011). [internet]. Brazilia, 2012. [cited 2012 Jul 20]. Available from: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/UNGASS_2012_ingles_rev_08jun.pdf>

Brêtas ACP, Pereira AL. Gestão em unidades básicas de saúde. In: Harada MJCS, organizador. Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2011. p. 377-83.

Capozzolo AA, Fortuna CM, Matumoto S. A atenção básica e a produção do cuidado integral às pessoas em relação às DST e AIDS. In: Paula IA, Guibu IA. DST/aids e rede básica: uma integração necessária. São Paulo: Secretária de Estado da Saúde; 2007. p. 56-79.

Cardoso IM. "Rodas de Educação Permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. Saúde Soc. 2012;21 Supl.1:18-28.

Carneiro AJS, Coelho EAC. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. Ciênc. saúde coletiva. 2010;15 Supl.1:1216-26.

Castanheira ERL, Dalben I, Almeida MAS, Puttini RF, Patrício, KP, Machado DF et al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. Saúde Soc. 2009;18 Supl. 2:84-8.

Castro AJR, Shimazaki ME, organizadores. Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde. Belo Horizonte : Escola de Saúde Pública; 2006.

Cavalcante VLN, Miranda, AT, Portugal GMP. Rastreamento de candidose vaginal durante a prevenção do câncer cérvico-uterino. DST – J bras Doenças Sex Transm. 2005;17(1):44-8.

Cavalcante MS, Ramos Júnior AN, Pontes LRSK. Relacionamento de sistemas de informação em saúde: uma estratégia para otimizar a vigilância das gestantes infectadas pelo HIV. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2005;14(2):127-33.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(4):975-86.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ: ABRASCO; 2009. p. 117-30.

Chequer P. Aids vinte cinco anos: Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. Programa Nacional de DST/Aids. [internet]. 2005. [citado 2012 maio 09]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>

Cirino FMSB. Ações de prevenção ao HIV/aids na Estratégia Saúde da Família sob a ótica da vulnerabilidade programática [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Costa ZB, Machado GC, Avelino MM, Gomes Filho C, Macedo Filho JV, Minuzzi AL, et al. Prevalence and risk factors for Hepatitis C and HIV-1 infections among pregnant women in Central Brazil. *BMC Infect Dis*. 2009;9(116).

Dionízio E. Realização do exame de Papanicolaou em mulheres com 20 anos ou mais: Inquérito de Saúde de base populacional no Município de São Paulo - 2008 [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2011.

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006;11(3):633-41.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006;11(3):669-81.

Faria LS, Bertolozzi MR. Aproximações teóricas acerca da Vigilância à Saúde: um horizonte para a integralidade. *Acta paul. enferm.* 2009;22(4):422-27.

Farias N, Cardoso MR. Mortalidade por Aids e indicadores sociais no Município de São Paulo, 1994 a 2002. *Rev. Saúde Pública*. 2005;39(2):198-205.

Fernandes LCL, Machado RZ, Anschau GO. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14 Supl 1:1541-52.

Ferraz DAS. Avaliação da implantação das ações de prevenção das DST/aids numa unidade de saúde da família [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Ferraz DAS, Nemes MIB. 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*. 2009;25 Supl 2:S240-S250.

Figueiras SL, Fernandes NM, Gonçalves JEM. Aconselhamento em DST/HIV/aids: diretrizes e procedimentos básicos. [internet] 2005. [citado 2012 jun. 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_01aconselhamento.pdf

FiqueSabendo. Faça o teste, quando fazer, como fazer e onde fazer. [internet]. s.d. [citado 2012 jul. 25]. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/fiquesabendo/>

Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. Sex Transm Infect. 1999;75(1):3-17.

Fortes PAC. Bioeticistas brasileiros e os princípios da universalidade e da integralidade no SUS. Rev. Saúde Pública. 2009;43(6):1054-58.

França Junior I, Calazans G, Zucchi EM. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. Rev. Saúde Pública. 2008;42 Suppl. 1:84-7.

Franco FA. Atenção integral ao HIV/aids: para além da referência e contrarreferência [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. Ciênc. cuid. saúde. 2008;7(1):65-72.

Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP). Agência FAPESP. Pesquisa aponta mudança no perfil da aids em São Paulo. [internet]. São Paulo; 2012. [citado 2012 jul. 27]. Disponível em: <http://agencia.fapesp.br/15161>

Fundação SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Pesquisa aponta mudanças no perfil da Aids em São Paulo. [internet] São Paulo; 2012. [citado 2012 jun 28]. Disponível em: http://www.seade.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1107&Itemid=48

Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. Rev. Saúde Pública. 2005;39(2):270-76.

Georgetti JA. As responsabilidades dos gestores municipais na atenção básica de saúde. In: Paula IA, Guibu IA. DST/aids e rede básica: uma integração necessária. São Paulo: Secretária de Estado da Saúde; 2007. p.79-96.

Gomes MASM. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2004;9(4):1080-82.

Gontijo GD. A judicialização do direito à saúde. Rev Med Minas Gerais. 2010;20(4):606-11.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad. Saúde Pública. 2004;20 Sup 2:S331-S336.

Ibañez N, Bittar OJNV, Sá ENC, Yamamoto EK, Almeida MF, Castro CGJ. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. Ciênc. saúde coletiva. 2001;6(2):391-404.

Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCS, Ribeiro MCSA, Forster AC, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciênc. saúde coletiva. 2006;11(3):683-703.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Cidades: São Paulo [internet]. Brasília; 2010. [atualizado 2010; citado 2012 abr. 14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia das Doenças do Papilomavírus Humano (INCT/ HPV). Instituto do HPV. Guia do HPV. [internet]. São Paulo; 2012 [citado 2012 jul. 25]. Disponível em: http://www.incthpv.org.br/upl/fckUploads/file/Instituto%20HPV_preview.pdf

Jalil EM, Pinto VM, Benzaken AS, Ribeiro D, Oliveira EC, Garcia EG, et al. Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em gestantes de seis cidades brasileiras. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2008;30(12):614-19.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Asia and Pacific. [internet]. Geneva; 2012a [cited 2012 Jul 19]. Available from: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/regions/asiaandpacific/>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Caribbean. [internet]. Geneva; 2012b [cited 2012 Jul 19]. Available from: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/regions/caribbean/>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Central and South America. [internet]. Geneva; 2012c [cited 2012 Jul 19]. Available from: http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_csa_em_en.pdf

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). East and Southern Africa. [internet]. Geneva; 2012d [cited 2012 Jul 19]. Available from: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/regions/easternandsouthernafrica/>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Eastern Europe and Central Asia. [internet]. Geneva; 2012e [cited 2012 Jul 19]. Available from: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/regions/easterneuropeandcentralasia/>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: fact sheet. Asia. [internet]. Geneva; 2010f [cited 2012 Jul 19]. Available from: <http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_Asia_em_en.pdf>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: fact sheet. Caribbean. [internet]. Geneva; 2010g [cited 2012 Jul 19]. Available from: <http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_carib_em_en.pdf>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: fact sheet. Eastern Europe and Central Asia. [internet]. Geneva; 2010h [cited 2012 Jul 19]. Available from: <http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_eeca_em_en.pdf>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: fact sheet. Latin America. [internet]. Geneva; 2010i [cited 2012 Jul 19]. Available from: <<http://www.unaids.org/en/regionscountries/regions/latinamerica/>>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: fact sheet. Middle East and North Africa. [internet]. Geneva; 2010j [cited 2012 Jul 19]. Available from: <http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_mena_em_en.pdf>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: fact sheet. Oceania. [internet]. Geneva; 2010k [cited 2012 Jul 19]. Available from: <http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_oceania_em_en.pdf>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: fact sheet. Sub-Saharan Africa. [internet]. Geneva; 2010l [cited 2012 Jul 19]. Available from: <http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_SSA_em_en.pdf>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Middle East and North Africa. [internet]. Geneva; 2012m [cited 2012 Jul 19]. Available from:

[<http://www.unaids.org/en/regionscountries/regions/middleeastandnorthafrica/](http://www.unaids.org/en/regionscountries/regions/middleeastandnorthafrica/)

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Press release. [internet]. Geneva; 2012n [cited 2012 Jul 19]. Available from: [<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2012/july/20120718prunaidsreport/](http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2012/july/20120718prunaidsreport/)

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The global aids epidemic – key facts. [internet]. Geneva; 2012o [cited 2012 Jul 19]. Available from: [<http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/201207_FactSheet_Global_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/201207_FactSheet_Global_en.pdf)

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Together we will end AIDS. [internet]. Geneva; 2012p [cited 2012 Jul 19]. Available from: [<http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/togetherwewillendaids/unaidreport/](http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/togetherwewillendaids/unaidreport/)

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 25 years of aids. [internet]. Geneva; 2012q [cited 2012 Jul 20]. Available from: [<http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/restored/20060428_fs_25yearsofaids_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/restored/20060428_fs_25yearsofaids_en.pdf)

Juliani CMCM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. Rev. esc. enf. USP. 1999;33(4):323-33.

Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. Texto contexto - enferm. 2009;18(2):313-20.

Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. A integralidade no cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família. Rev. Gaúcha Enferm. 2009;30(4):594-601.

Leitão E JL, Canedo MCM, Furiatti MF, Oliveira LRS, Diener LS, Marcell PL, et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia - DF. Com. Ciências Saúde. 2009;20(4):307-14.

Lico FMC, Ferreira MCM, Martins CL, Mendes R. Percepção de gerentes sobre o papel gerencial em unidades básicas de saúde após capacitação na região sul da cidade de São Paulo. Saúde soc. 2005;14(1):78-90.

Lima AS. Avaliação da atenção a gestantes, na prevenção da transmissão vertical do vírus HIV, no Distrito Leste de Belo Horizonte [dissertação]. Minas Gerais: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.

LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. Desenhos não - experimentais; p. 111-21.

Loch S. Tornar-se gerente: a experiência vivida por médicos da família e da comunidade ao assumirem a gerência de Unidades Básicas de Família [tese]. Santa Catarina: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.

Lopes F. Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/aids no Estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

Lopes HV. Aids 2007: os novos dados, no Brasil e no mundo. Rev Panam. Infectol. 2007;9(4):65-6.

Lourenção LG, Soler ZASG. Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. *Arq Ciênc. Saúde*. 2004;11(3):158-62.

Machado MFA, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007;12(2):335-42.

Maciel GP, Tasca T, De Carli GA. Aspectos clínicos, patogênese e diagnóstico de *Trichomonas vaginalis*. *J. Bras. Patol. Med. Lab*. 2004;40(3):152-60.

Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Klingelhofer PS. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt* 2004;19:303–17.

Maeda ST. Gestão da referência e contra referência na atenção ao ciclo gravídico puerperal: a realidade do Distrito de Saúde do Butantã [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Magalhães Júnior. HM, Oliveira RC. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: aposta do SUS em Belo Horizonte. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ; 2006. p.51-64.

Maia MRV. Caminhos da integralidade: Dispositivos para assegurar e monitorar a acessibilidade no SUS em Piraí-RJ [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2012.

Mann J, Tarantola DJM, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e aids. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. *A Aids no mundo*; p. 275-300.

Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA, et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*. 2003;17(11):1675-82.

Marsiglia RMG, coordenação. Integralidade e atenção primária em saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da secretaria municipal da saúde de São Paulo; 2008.

Marson CF, Souza NS, Rezende C, Fontana EA, Dionísio FSF. Estudo transversal de candidíase vulvovaginal em uma unidade básica de saúde do noroeste paulista. *NewsLab*. 2012;(109):90-7.

Matos SD, Baptista RS, França ISX, Medeiros FAL, Brito VRS. Conhecimento das gestantes atendidas nos serviços de pré natal acerca do teste anti - HIV. *Rev. Rene*. 2009;10(2):122-30.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO; 2009a. p. 43-68.

Mattos RA. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 2ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2009b. p. 369-383.

Meirelles M, Ingrassia T. Perspectivas teóricas acerca do empoderamento de classe social. *Rev Eletr "Fórum Paulo Freire"*. [internet]. 2006 [citado 2012 ago 10]; 2(2). Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/fae/paulofreire/novo/br/pdf/Mauro%20Meirelles%20e%20Thiago.pdf>

Mello EJCJ, Silva DF, Brito LMO, Lobão WJM, Sousa MDG, Nascimento MDSB. Epidemiologia do Papilomavírus Humano (HPV) em Adolescentes - Revisão Bibliográfica. NewsLab. 2010;(101):172-98.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Menezes RL, Gonçalves BS, Castro CC. Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/aids atendidos no hospital de doenças tropicais (HDT), em Goiânia. Fragmentos de Cultura. 2007;17(3/4):303-14.

Misuta NM, Soares DA, Souza RKT, Matsuo T, Andrade SM. Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2008; 8(2):197-205.

Monitoraids. Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids. Cobertura de exame preventivo do câncer de colo em mulheres de 15 a 64 anos. 2009. [internet]. 2009. [citado 2012 jun. 18]. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/monitoraids/?keyWord=s%E3o+paulo&condicaoFicha=nomeIndicador&desagregacao=2#>

Monteiro Júnior CC, Paula IA, Andrade MR, Sousa PO. O momento dos vários atores. In: Paula IA, Guibu IA. DST/aids e rede básica: uma integração necessária. São Paulo: Secretária de Estado da Saúde; 2007. p.51-5.

Monteiro MCS, Oliveira MPR. Desconstruindo a verticalização – DST/aids e rede básica: uma integração possível. In: Paula IA, Guibu IA. DST/aids e rede básica: uma integração necessária. São Paulo: Secretária de Estado da Saúde; 2007. p. 9-22.

Mora MVA. Estudo sobre infecções pelos vírus da hepatite B (HBV), hepatite C (HCV), hepatite delta (HDV) e vírus GB-C (GBV) em diferentes regiões da América do Sul [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011.

Moraes DR. Revisitando as concepções de integralidade. Rev APS. 2006;9(1):1-16.

Muñoz-Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de Vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Ciênc. saúde coletiva. 2007;12(2):319-24.

Musial DC, Oliveira JE, Lima ELW, Ishida K, Scoaris DO. Frequência de leveduras em exames colpocitológicos oferecidos pelo SUS em duas cidades do norte paranaense. SaBios: Rev. Saúde e Biol. 2009;4(2):1-5.

Nadal SR, Carvalho JJM. Abordagem Sindrômica das Doenças Sexualmente Transmitidas. Rev. bras. Coloproct. 2004;24(1):70-2.

Neves LAS. Qualidade de vida de indivíduos com a coinfeção HIV/tuberculose no município de Ribeirão Preto - SP [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Nichiata LYI. Vulnerabilidade da atenção em HIV/aids na estratégia saúde da família: um estudo de caso no município de São Paulo [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. Rev. latinoam. enferm. 2008;16(5):129-35.

Nichiata LYI, Takahashi RF, Egry EY. Aids e desigualdade social. O Mundo da saúde. 2004;28(1):63-68.

Nogueira RP. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 24-47.

Oliveira MM, Pinto IC, Coimbra VCC. Potentialities in integral care: uterine cervical cancer prevention according to the users of the family health strategy. Rev. latinoam. enferm. 2007;15(3):426-30.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra; 2008.

Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquaryol MZ, Almeida Filho N. organizadores. Epidemiologia & saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.567-86.

Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Bol. Inst. Saúde. 2010;12(2):109-14.

Paiva V, Pupo LR, Barbosa R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2006;40 Supl:109-19.

Paiva V, Garcia J, Rios LF, Santos AO, Terto Júnior V, Muñoz-Laboy M. Religious communities and HIV prevention: an intervention-study using a human rights-based approach. Global Public Health [internet]. 2010 [cited 2012 Ago 20];7:1-15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3093277/>

Passos JP, Ciosak SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial na Unidade Básica de Saúde. Rev. esc enferm USP. 2006;40(4):464-8.

Passos MRL. Tricomoníase: uma epidemia negligenciada. DST – J Bras Doenças Sex Transm. 2006;18(3):159-60.

Paula IA, Guibu IA, Bersusa AAS, Kalchkmann AS. Construção de um modelo descentralizado das ações de prevenção e assistência às DST/aids no Estado de São Paulo. In: Paula IA, Guibu IA. DST/aids e rede básica: uma integração necessária. São Paulo: Secretária de Estado da Saúde; 2007. p.23-33.

Penna CMM, Alves M, Brito MJM, Abreu T, Soares CE. O trabalho do gerente no cotidiano das unidades básicas de saúde. REME – Rev. Min. Enf. 2004;8(4):455-63.

Pinho LB, Hernández AMB, Kantorki LP. O discurso sobre o acolhimento e a acessibilidade nos serviços comunitários de saúde mental. Cogitare Enferm. 2009;14(4):612-9.

Pinto CS, Martins RMB, Andrade SMO, Stief ACF, Oliverira RD, Castro ARCM. Infecção pelo vírus da hepatite C em gestantes em Mato Grosso do Sul, 2005-2007. Rev. Saúde Pública. 2011;45(5):974-76.

Pinto HA, Koerner RS, Silva DCA. Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a Atenção Básica. [internet] 2012. [citado 2012 jul 02]. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/artigoprioridade.pdf>

Pinto VM. Abordagem sindrômica como estratégia de controle das DST. In: Paula IA, Guibu IA, organizadores. DST/aids e rede básica: uma integração necessária. São Paulo: SES; 2007. p. 97-109.

Reis AC, Santos EM, Cruz MM. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. Epidemiol. Serv. Saúde. 2007;16(3):195-205.

Reis CT, Czeresnia D, Barcellos C, Tassinari WS. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(6):1219-28.

Reis HLB, Chambô Filho A, Sabino JB, Caldellas S. Sífilis recente em gestante e efeito prozona na sorologia: relato de caso. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2007;19(3-4):173-76.

Rodrigues LMC, Martiniano CS, Chaves AE, Azevedo EB, Uchoa SAC. Abordagem às doenças sexualmente transmissíveis em unidades básicas de saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2011;16(1):63-9.

Rosa MI, Rumel D. Fatores associados à candidíase vulvovaginal: estudo exploratório. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2004;26(1):65-70.

Saito RXS. Integralidade a perspectiva da integração dos serviços para formação de redes de atenção: estudo de caso em uma região de saúde do município de São Paulo, Brasil. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc*. 2011;20(4):948-60.

Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc. saúde coletiva* 2006;11(1):53-61.

Santos FB, Seidl EMF. Caracterização de pessoas com HIV/aids em abandono do tratamento antirretroviral e a busca consentida de casos. *Brasília Med*. 2011;48(3):268-76.

Santos SMR, Jesus MCP, Amaral AMM, Costa DMN, Arcanjo RA. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. *Texto contexto - enferm.* 2008;17(1): 124-130.

Saparolli ECL, Adami NP. Avaliação da estrutura destinada a consulta de enfermagem à criança na atenção básica. *Rev. esc. enferm. USP.* 2010;44(1):92-98.

São Paulo (Cidade). Coordenação de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Mulher Assistência pré-natal em população de altíssima vulnerabilidade. São Paulo; [s.d.]a

São Paulo (Cidade). Decreto nº 49.523, de 27 de maio de 2008. Regulamenta a Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, São Paulo, 2008a mai 28.

São Paulo (Cidade). Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. *Diário Oficial do Município*. São Paulo, 24 jan 2006.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Comissão Municipal de Controle da Transmissão Vertical do HIV/aids e sífilis. Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA). Sífilis congênita: um desafio contemporâneo. Redução da sífilis congênita. [internet] São Paulo, 2011a. [citado 2012 set 10]. Disponível em: http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/crsleste/assessoria-tecnica-1/saude-da-mulher/capacitacoes/Aula_SM_ago2011.ppt

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Mulher. Protocolo de Rotinas Básicas de Pré-Natal Normal (de Risco Habitual ou Baixo Risco). São Paulo; 2011b.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). N° de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde. São Paulo; 2012a.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. Programa Municipal de Hepatites Virais. Manual de orientações: hepatites virais B e C. São Paulo; 2008b.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Encarte técnico assistência obstétrica e perinatal: rede de proteção à mãe paulistana. São Paulo; 2007a.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Escola Municipal de Saúde. Histórico. [internet] São Paulo, s.d.b [citado 2012 set 25]. Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/ems/index.php?p=31717>

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Estratégia Saúde da Família (ESF). [internet]. São Paulo; 2010a. [citado 2012 mar. 03]. Disponível em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/equipes_esf.pdf

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Instituto Via Pública. Atlas da Saúde da Cidade de São Paulo. São Paulo, Instituto Via Pública. São Paulo; 2011c.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Notícias. Saiba mais sobre as Organizações Sociais e suas formas de atuação. [internet]. São Paulo; 2007b. [citado 2012 mai 10]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/portal/a_cidade/noticias/index.php?p=14765

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 1.549, de 12 de novembro de 2011. Complementa componentes da comissão de normatização e avaliação das ações de controle transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. [internet]. São Paulo; 2011d nov. 12 [citado 2012 abr. 20]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.nov.11/iels214/M_PT-SMS-G-1549_2011.pdf

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo. Controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST). Abordagem sindrômica nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo. São Paulo; 2008c.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo. Eliminação da transmissão vertical do HIV/aids e da sífilis. São Paulo; 2010b.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo. Manual de condutas atendimento HIV/aids. São Paulo; 2010c.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. 2º Caderno de Apoio ao Acolhimento. Orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do Risco/Vulnerabilidade. São Paulo; 2004.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Assistência e desenvolvimento Social. Plano de Assistência Social do Município de São Paulo (PLAS 2009-2012). [internet]. São Paulo; 2010d. [citado 2012 abr. 22]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/arquivos/plas.pdf

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão. Organizações Sociais Qualificadas. Contratos de Gestão Vigentes.

[internet]. São Paulo; 2012b. [citado 2012 mai 25]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/planejamento/organizacao_s_sociais/index.php?p=14921

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal do Trabalho. Atlas do Trabalho e Desenvolvimento: perfil municipal. [internet]. São Paulo; 2007c. [citado 2012 abr. 22]. Disponível em: <http://atlas municipal.prefeitura.sp.gov.br/Login/Login.aspx>

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ações de Prevenção às DST/Aids na rede de atenção básica à saúde do Estado de São Paulo. São Paulo; 2003.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. Programa Estadual DST/Aids. Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública 2011e;45(4):812-15.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Referência e treinamento DST/AIDS. Programa Estadual DST/Aids. Implantação do pré natal do homem. [internet]. São Paulo; 2012c. [citado 2012 ago. 24]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidsp/acoes-programaticas/implantacao-do-pre-natal-do-homem>

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. Programa Estadual DST/Aids. Implantar e monitorar as Ações de prevenção às DST/aids na rede de Atenção básica. [internet] São Paulo; 2010e. [citado 2012 jun 27] Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/eliminacao_transmissao_vertical_hiv_sifilis/hiv/prevencao_articuladores_de_atencao_basica_nov_2010.pdf

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. Programa Estadual DST/Aids. Investigação de Agravos. DST. [internet]. São Paulo; 2009. [citado 2012 jul. 07]. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cvetab/defs/crt/dstnet.def>

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. Programa Estadual DST/Aids. Monitoramento da Atenção Básica. [internet]. São Paulo; 2011f. [citado 2012 fev. 07]. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=2557

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças . Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”. Programa Estadual de hepatites Virais. Orientações técnicas: transmissão vertical da hepatite C. São Paulo; [s.d.]c

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Notícias. Emílio Ribas. Emílio Ribas confirma cinco casos de sífilis por dia entre adultos. [internet]. São Paulo; 2012d. [citado 2012 ago. 24]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2012/fevereiro/emilio-ribas-confirma-cinco-casos-de-sifilis-por-dia-entre-adultos>

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Notícias. SP lança 'pré natal do homem' para prevenir transmissão vertical de HIV e sífilis. [internet]. São Paulo; 2012e. [citado 2012 ago. 24]. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/ses/noticias/2012/agosto/sp-lanca-pre-natal-do-homem-para-prevenir-transmissao-vertical-de-hiv-e-sifilis>

Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Dias MAB, Ratto KMN, et al. Vigilância da sífilis na gravidez. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007;16(2):103-11.

Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(3):490-96.

Scholze AS, Ávila LH, Silva MM, Tozetto S, Dacoreggio K. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. *Revista Espaço para a Saúde*. 2006; 8(1):7-12.

Silva JAS, Val LF, Nichiata LYI. A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/AIDS: uma revisão da literatura. *O Mundo da Saúde*. 2010;34(1):103-8.

Silva Júnior AGS, Carvalho LC, Silva VMN, Alves MGM, Mascarenhas MTM. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Organizadores. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 61- 89.

Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev. Saúde Pública*. 2010;44(1):166-76.

Silva LMS, Guimarães TA, Pereira MLD, Miranda KCL, Oliveira EM. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids. *Epidemiol. e Serv. Saúde*. 2005;14(2):97-104.

Silva LR, Christoffel MM, Souza KV. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. *Texto contexto - enferm*. 2005;14(4):585-93.

Silva RM, Araújo KNC, Bastos LAC, Moura ERF. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. Ciênc. saúde coletiva. 2011;16(5):2415-24.

Silva O, Tavares LHL, Paz LC. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. Enfermagem em Foco. 2011;2 (supl):58-62.

Silveira OS, Gagizi EN. Abordagem sindrômica em DST: resolutividade e multiplicação. Área Temática DST/Aids da Cidade de São Paulo; [s.d.]

Sitta M, Rosseto DS, Rodrigues LP, Ponzi CC, Fuentefria AM. Uma década de pesquisa em candidíase vulvovaginal no Brasil: estado da arte das publicações científicas. [internet]. s.d. [citado 2012 jul. 26]. Disponível em: <http://www.unochapeco.edu.br/static/files/trabalhos-anais/Pesquisa/Sa%C3%BAdade/Marindia%20Sitta.pdf>

Soares MC, Mishima SM, Silva RC, Ribeiro CV, Meincke SMK, Correa ACL. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. Rev. Gaúcha Enferm. 2011;32(3):502-8.

Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2008;24 Sup 1:S100-10.

Souza FO. Avaliação Normativa das Ações de Testagem e Aconselhamento para HIV em Unidades Básicas do Município de Manaus/Am. [dissertação]. Manaus: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Souza MCMR, Freitas MIF. Representações de profissionais da atenção básica sobre HIV/aids. REME – Rev. Min. Enf. 2009;13(4):499-505.

Spedo SM. Desafios para implementar a integralidade da assistência a saúde no SUS: estudo de caso no município de São Paulo (SP) [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009.

Spedo SM, Tanaka OY, Pinto NRS. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(8):1781-90.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Miranda AE, Paz LC. Resultados do Estudo Sentinela-parturiente, 2006: Desafios para o Controle da Sífilis Congênita no Brasil. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2007;19(3-4):128-33.

Takahashi RF. Marcadores de Vulnerabilidade à infecção, adoecimento e morte por HIV e aids [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Tanaka VA, Fagundes LJ, Catapan A, Gotlieb SLD, Belda Júnior W, Arnone et al. Perfil epidemiológico de mulheres com vaginose bacteriana, atendidas em um ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis, em São Paulo, SP. *An Bras Dermatol*. 2007;82(1):41-6.

Val LF, Meneghin P. Aids-Related Factors Among High School Students. Saarbrücken, Germany: VDM Verlag Dr. Müller; 2010.

Veloso V. Avanços e dificuldades de uma questão de mobilização social, profissional e governamental. In: Raxach JC, Lima DB, Guimarães M, Parker R, Pimenta C, Terto Júnior. V. Reflexões sobre assistência a aids: relação médico-paciente interdisciplinaridade integralidade. Rio de Janeiro: ABIA; 2003. p.52-61.

Vendramini SHF, Santos NSGM, Santos MLSG, Chiaravalloti-Neto, Ponce MAZ, Gazetta CE et al. Análise espacial da coinfeção tuberculose/HIV: relação com níveis socioeconômicos em município do sudeste do Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2010;43(5):536-41.

Viegas SMF. A integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais. [tese] Minas Gerais: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

Wittschiebe CE. Os dois lados do sexo. 4ª ed. Tatuí: Casa Publicadora Brasileira; 2004.

Wolffenbüttel K, Carneiro N. Uma breve história dos centros de testagem e aconselhamento (CTA) enquanto organização tecnológica de prevenção de DST/aids no Brasil e no Estado de São Paulo. *Saúde Coletiva*. 2007;4(18):183-87.

World Health Organization (WHO). Global Program on AIDS. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates. [internet]. Geneva; 2001. [cited 2012 Ago 23]. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf>

World Health Organization (WHO). Health topics. Hepatitis. [internet]. Geneva; 2012a. [cited 2012 Ago 23]. Available from: <<http://www.who.int/topics/hepatitis/en/>>

World Health Organization (WHO). Media centre. Hepatitis B. Fact sheet nº 204. [internet]. Geneva; 2012b. [updated 2012 Jul; cited 2012 Ago 23]. Available from: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/index.html>>

World Health Organization (WHO). Media centre Hepatitis C. Fact sheet nº 164. [internet]. Geneva; 2012c. [updated 2012 Jul; cited 2012 Ago 23]. Available from: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/index.html>>

Zancan L. Cidades Saudáveis: a intersectorialidade como desafio para um novo modelo de gestão. In: Sperandio AMG. organizador. O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas (SP): Unicamp; 2003. p.45-60.

Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública. 2004;20(6):1690-99.

APÊNDICE

APÊNDICE 1

ENFRENTAMENTO DAS DST/AIDS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

[Formulário](#) | [Resultado](#) | [Busca
Ficha](#) | [Altera Ficha](#) | [Imprimir
Formulário](#)

ENFRENTAMENTO DAS DST/AIDS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

APRESENTAÇÃO E ORIENTAÇÕES PARA CONTINUIDADE DO PREENCHIMENTO

Antes de qualquer coisa, obrigada por responder a este formulário.

Sua participação na pesquisa é muito importante.

Informações:

- 1.O instrumento eletrônico utilizado [FormSUS](#) visa assegurar sigilo e confidencialidade aos procedimentos de coleta e divulgação posterior dos resultados.
- 2.Nenhum serviço será identificado nas análises e divulgação dos resultados. A indicação do nome da unidade, ocorre apenas para validação de sistema.
- 3.NÃO é necessário senha ao entrar no formulário, basta digitar, **gravar** para enviar os dados. Durante o preenchimento do formulário NÃO é gravado automaticamente. Sugere-se a impressão de uma cópia do formulário (arquivo PDF anexo) para que as respostas possam ser discutidas em equipe. Feito o rascunho, poderá ser digitado diretamente no formulário online.
- 4.Após o envio dos dados, as eventuais alterações ocorrerão somente mediante contato com a pesquisadora
- 5.Todos os campos do formulário são de preenchimento **obrigatório**. Por favor, não deixe nenhuma questão em branco.

*** Preenchimento Obrigatório**

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Projeto 2011 EE/USP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Atenção! Se você esta neste instrumento você ACEITOU e avançou no formulário anterior. Ao termino do preenchimento clique em GRAVAR para registrar as informações

I. Identificação:

Nome da Unidade: *

Coordenadoria: *

- ☐ Centro-oeste
- ☐ Sul
- ☐ Sudeste
- ☐ Leste
- ☐ Norte

II. Caracterização geral da unidade básica de saúde:

1. A unidade no qual você é o gerente, é do tipo: : *

* aceita mais de 1 resposta

- ☐ UBS exclusiva (“tradicional”)
- ☐ ESF exclusiva
- ☐ UBS com ESF (“mista”)
- ☐ UBS rural
- ☐ UBS população indígena

2. Há alguma parceria com: *

* aceita mais de 1 resposta

- ☐ Não tem parceiro
- ☐ Associação Santa Catarina
- ☐ Associação Santa Marcelina
- ☐ Associação Saúde da Família
- ☐ Bom Parto
- ☐ CEJAN
- ☐ Fundação Faculdade de Medicina
- ☐ Irmãos Hospitaleira

- ☐ Santa Casa de São Paulo
- ☐ SECONCI
- ☐ Sírio Libanês
- ☐ SPDM
- ☐ UNASP
- ☐ Associação Comunitária Monte Azul
- ☐ Sociedade Benef. Israelita Bras. Albert Einstein

3. Formação profissional do gerente: *

- ☐ Assistente social
- ☐ Dentista
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Médico
- ☐ Psicólogo
- ☐ Outra formação

III. Infra-estrutura, materiais e equipamentos para realização das ações de prevenção e assistência em DST e HIV/aids.

4. Os consultórios permitem privacidade visual e auditiva para os atendimentos em DST e HIV/aids? *

* aceita apenas 1 resposta

- ☐ Sim, tanto visual como auditiva
- ☐ Não
- ☐ Parcialmente, apenas privacidade visual
- ☐ Parcialmente, apenas privacidade auditiva

5. A unidade dispõe de sala para realização de atividade educativa? *

- ☐ Não
- ☐ Sim

Caso sim há:

Questão aceita mais de uma resposta:

- ☐ sala com cadeiras móveis
- ☐ sala com cadeiras fixas
- ☐ materiais como cartolina ou similar, pincéis, barbante, cola, tesoura
- ☐ cartazes e ou álbum seriado sobre DST e HIV
- ☐ folhetos sobre dst e hiv
- ☐ modelo pélvico
- ☐ modelo pênis
- ☐ aparelho DVD ou vídeo cassete
- ☐ tv
- ☐ filmes de video ou cd sobre dst e hiv
- ☐ retroprojektor
- ☐ computador
- ☐ preservativo masc
- ☐ preservativo fem
- ☐ outros materiais

Qual

Por favor, especifique:

6.1 Assinale a FREQUÊNCIA em estão disponíveis os insumos de contracepção e de prevenção das DST/HIV:

Considerar os últimos 3 meses como referência

	Frequência SEMPRE	Frequência AS VEZES	Frequência NUNCA
Pílula: *	☐	☐	☐
Minipílula: *	☐	☐	☐
Contracepção emergência: *	☐	☐	☐
Injetável: *	☐	☐	☐
DIU: *	☐	☐	☐
Preservativo masculino: *	☐	☐	☐
Preservativo feminino: *	☐	☐	☐
Espermicida: *	☐	☐	☐
Diafragma: *	☐	☐	☐

Vacina hepatite B : *	☐	☐	☐
Gel lubrificante: *	☐	☐	☐

6.2 Assinale com X a QUANTIDADE em que estão disponíveis os insumos de contracepção e de prevenção das DST/HIV:

* Considerar últimos 3 meses como referência

	Quantidade SUFICIENTE	Quantidade INSUFICIENTE
Pílula: *	☐	☐
Minipílula: *	☐	☐
Contracepção emergência: *	☐	☐
Injetável: *	☐	☐
DIU: *	☐	☐
Preservativo masculino: *	☐	☐
Preservativo feminino: *	☐	☐
Espermicida: *	☐	☐
Diafragma: *	☐	☐
Vacina hepatite B: *	☐	☐
Gel lubrificante: *	☐	☐

7.1 Assinale a FREQUÊNCIA com que estão disponíveis os exames em sua unidade nos últimos 3 meses:

* Considerar últimos 3 meses como referência

	Frequência SEMPRE	Frequência AS VEZES	Frequência NUNCA
Hemograma: *	☐	☐	☐
Sorologia Toxoplasmose: *	☐	☐	☐
VDRL: *	☐	☐	☐
Anti-HIV: *	☐	☐	☐
Sorologia hepatite B: *	☐	☐	☐
Sorologia hepatite C: *	☐	☐	☐
Papanicolaou: *	☐	☐	☐
Teste de gravidez: *	☐	☐	☐

7.2 Assinale a QUANTIDADE em que estão disponíveis os exames em sua unidade nos últimos 3 meses:

* Considerar últimos 3 meses como referência

	Quantidade SUFICIENTE	Quantidade INSUFICIENTE
Hemograma: *	☐	☐
Sorologia Toxoplasmose: *	☐	☐
VDRL: *	☐	☐
Anti-HIV: *	☐	☐
Sorologia hepatite B: *	☐	☐
Sorologia hepatite C: *	☐	☐
Papanicolaou: *	☐	☐
Teste de gravidez: *	☐	☐

8. Com que frequência a Unidade faz a coleta dos exames laboratoriais em geral? *

* aceita apenas 1 resposta

- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Duas vezes por semana
- ☐ Três vezes por semana
- ☐ Quatro vezes por semana
- ☐ Todos os dias

9. Se a mulher chega à unidade com atraso menstrual, quando é realizado o exame de gravidez na urina? *

* aceita apenas 1 resposta

- ☐ Não é feito na unidade
- ☐ Feito na mesma hora na unidade
- ☐ É agendada para outro dia na unidade

IV. Caracterização das ações de Pré-natal e puerpério em relação à atenção em DST/HIV/AIDS.

10. Qual é o tempo de espera da gestante para uma primeira consulta? *

- ☐ De 1 a 2 semanas
- ☐ De 3 a 4 semanas
- ☐ Mais de 4 semanas

11. É oferecido o exame de Papanicolaou como procedimento padrão às gestantes? *

- ☐ Não
- ☐ Sim

12. É oferecido o teste de detecção de sífilis à gestante? Com qual frequência? *

* Esta questão aceita mais de uma resposta.

- ☐ Sim, no 1º. Trimestre
- ☐ Sim, no 2º. Trimestre
- ☐ Sim, no 3º. Trimestre
- ☐ Não. Por quê?

13. Quando há diagnóstico de sífilis, é feito tratamento com Penicilina Benzatina na unidade? *

* aceita apenas uma resposta

- ☐ Não, é encaminhada a outro serviço
- ☐ Sim, em dia e horário marcados
- ☐ Sim, em qualquer dia e horários

14. O que a Unidade faz em relação ao parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis? *

* aceita apenas 1 resposta

- ☐ Indica tratamento com Penicilina Benzatina, sem pedido ou resultado de exame
- ☐ Indica tratamento com Penicilina Benzatina, após resultado positivo de exame
- ☐ Encaminha a outro serviço

15. A unidade faz a notificação do diagnóstico de sífilis da gestante? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

16. Existe fluxo para notificação da sífilis congênita na Maternidade? *

- ☐ Não
- ☐ Sim

17. É oferecido o teste de detecção de Hepatite B à gestante? *

- ☐ Sim
- ☐ Não. Por quê?

18. É oferecido o teste de detecção de Hepatite C à gestante? *

- ☐ Sim
- ☐ Não. Por quê?

19. É oferecido o teste de detecção de HIV à gestante? *

* aceita apenas 1 resposta

- ☐ Sim, com o aconselhamento pré teste
- ☐ Sim, com o aconselhamento pós teste
- ☐ Sim, com aconselhamento pré e pós teste
- ☐ Sim, sem aconselhamento pré e pós teste
- ☐ Não

20. Ao pedir o exame de HIV é realizada a abordagem consentida? : *

(abordagem consentida é o contato, mediante autorização prévia com a gestante que não retorna à unidade para receber o resultado)

- ☐ Sim
- ☐ Desconheço abordagem consentida
- ☐ Não

21. Quando é feito o diagnóstico de HIV na unidade, quem faz a comunicação à gestante? : *

* Esta questão aceita mais de uma resposta.

- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Psicólogo

☐ Outro

22. A unidade faz a notificação do diagnóstico de HIV da gestante? *

☐ Sim

☐ Não. Por quê?

23. Em relação ao parceiro da gestante com diagnóstico de HIV, a Unidade realiza alguma ação para seu comparecimento? : *

☐ Sim

☐ Não

24. Como faz o encaminhamento à referência em DST/AIDS (CRT e SAE) das gestantes diagnosticadas com HIV? : *

* aceita apenas 1 resposta

☐ Fornece ficha de encaminhamento e orienta a procura

☐ Fornece ficha de encaminhamento e a Unidade marca consulta na referência

☐ Outros:

25. Após o encaminhamento DAS GESTANTES às referências DST/AIDS (CRT e SAE), há retorno das informações à unidade? *

☐ Sim

☐ Não

26. Qual é o hospital de referência para parto de gestante HIV? *

27. Há retorno para a Unidade sobre o parto da gestante HIV encaminhada? : *

☐ Sim

☐ Não

V. Caracterização em relação às DST e HIV:

28. Especifique se a unidade realiza tratamento das seguintes DST:

	Sim	Não trata, encaminha.
--	-----	-----------------------

Candidíase: *	☐	☐
Sífilis: *	☐	☐
Condiloma: *	☐	☐
Tricomoníase: *	☐	☐
Hepatite B : *	☐	☐
Hepatite C: *	☐	☐
Clamídia: *	☐	☐

29. Os profissionais receberam capacitação para realizar o atendimento por abordagem síndrômica das DST? *

* Esta questão aceita mais de uma resposta.

- ☐ Não
- ☐ Sim, médico
- ☐ Sim, enfermeiro

30. Na unidade é feito o atendimento dos casos de DST com base na abordagem síndrômica (tratamento por sinais e sintomas, mesmo sem os resultados dos exames laboratoriais)? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

31. Quando há caso de DST, a Unidade realiza ação para comparecimento do (a) parceiro(a)? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

32. Há busca ativa de usuários portadores de DST que não comparecem à Unidade: *

* aceita mais de uma resposta

- ☐ Não
- ☐ Sim, por telefone
- ☐ Sim, por telegrama
- ☐ Sim, por visita domiciliária
- ☐ Sim, Outros

33. Quem faz o preenchimento da Notificação de exame positivo de VDRL (detecção de sífilis) ? *

aceita mais de uma resposta

- ☐ Não faz a notificação
- ☐ Sim, Médico
- ☐ Sim, Enfermeiro
- ☐ Sim, Auxiliar de enfermagem
- ☐ Sim, Outros.

34. Sobre o teste de HIV, a Unidade: *

* aceita apenas 1 resposta

- ☐ Não faz a coleta, encaminha para referência
- ☐ Faz a coleta em qualquer dia da semana
- ☐ Faz a coleta em dia específico

35. Quando é feito o teste para HIV na unidade, assinale em quais destas situações é oferecido? *

aceita mais de uma resposta

- ☐ Gestante
- ☐ Adolescente, se menor de 12 anos somente acompanhado de adulto
- ☐ Adolescente maior de 12 anos desacompanhado de adulto
- ☐ Paciente com tuberculose
- ☐ Paciente com alguma DST
- ☐ Paciente com queixas ginecológicas
- ☐ Coleta de exame de Papanicolaou
- ☐ Grupos de Planejamento reprodutivo
- ☐ Coleta de urina para teste de gravidez
- ☐ Entrega de preservativos
- ☐ Grupos de idosos
- ☐ Pessoas que nunca fizeram o teste
- ☐ Outras

36. Há profissionais que receberam capacitação para realizar o aconselhamento na oferta do teste de HIV? *

* Esta questão aceita mais de uma resposta.

- ☐ Não
- ☐ Sim, Médico
- ☐ Sim, Enfermeiro
- ☐ Sim, Assistente social
- ☐ Sim, Psicólogo
- ☐ Sim, Auxiliar de Enfermagem
- ☐ Sim, Outro:

37. Na unidade é feito o aconselhamento para o exame de HIV? : *

* aceita apenas 1 resposta

- ☐ Não
- ☐ Sim, pré-teste
- ☐ Sim, pós-teste

38. Qual o tempo médio de demora do retorno do resultado do exame de HIV positivo? *

39. Ao pedir o exame de HIV é realizada a abordagem consentida (contato, mediante autorização prévia com os usuários que não retornam à Unidades para receber o resultado)? : *

* aceita apenas 1 resposta

- ☐ Sim
- ☐ Desconheço Abordagem consentida
- ☐ Não

40. Quando há caso de HIV, a Unidade realiza alguma ação para comparecimento do(a) parceiro(a)? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

41. Houve casos de HIV na sua Unidade nos últimos 12 meses? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

42. A sua unidade realizada teste rápido para o HIV? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

43. Tendo diagnosticado resultado positivo para HIV, a Unidade fornece ficha de encaminhamento e: *

- ☐ Orienta procura de referência em DST/AIDS
- ☐ Faz o agendamento na referência em DST/AIDS

44. Após o encaminhamento à referência, há contra-referência? *

- ☐ Não
- ☐ Sim. Quais situações:

45. A unidade faz o acompanhamento dos casos encaminhados à referência? *

- ☐ Não. Por quê?
- ☐ Sim. Em que situações?

46. No atendimento na Unidade ou na área de abrangência, quais são as populações que a Unidade identifica como condições de maior vulnerabilidade às DST e HIV? *

* Esta questão aceita mais de uma resposta.

- ☐ Lésbicas
- ☐ Gay
- ☐ Bissexual
- ☐ Travesti
- ☐ Usuário de Drogas
- ☐ Profissionais do Sexo Feminino
- ☐ Profissionais do Sexo Masculino
- ☐ Homens
- ☐ Idosos
- ☐ Pessoas Privadas de Liberdade
- ☐ Adolescentes
- ☐ Estrangeiros

☐ Outros

47. A Unidade realiza atividade de prevenção às DST e HIV? *

* Esta questão aceita mais de uma resposta.

- ☐ Grupos específicos na unidade. População:
- ☐ Redução de danos ao uso de drogas
- ☐ Palestras/oficinas em escolas
- ☐ Palestras/oficinas em empresas, igrejas e outros
- ☐ Outros

48. Há ações de prevenção às DST e HIV realizadas em parceria com: *

* Esta questão aceita mais de uma resposta.

- ☐ Unidade de saúde vizinha
- ☐ Caps
- ☐ CRT, SAE
- ☐ CTA
- ☐ Hospital
- ☐ Ama
- ☐ ONG
- ☐ Escola
- ☐ Igreja
- ☐ Associação de Bairro
- ☐ Outro. Qual?

49. O que a Unidade realiza de positivo em relação à atenção em DST e HIV/aids? *

50. De que forma a Unidade pode melhorar a atenção em DST e HIV/aids?

51. Outros comentários:

Crítica e Observações:

Preenchimento pela coord. Pesquisa

Gravar

Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Página 1 de 1

APÊNDICE 2

**TCLE - ENFRENTAMENTO DAS
DST/AIDS NAS UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO
PAULO**

Formulário | Resultado | Busca
Ficha | Altera Ficha | Imprimir
Formulário

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Antes de mais nada, muito obrigada pela oportunidade de apresentar o projeto. Meu nome é LÚCIA YASUKO IZUMI NICHIAITA, sou professora da Escola de Enfermagem da USP.

*Você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa “**ENFRENTAMENTO DAS DST/AIDS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**” que tem como objetivo analisar os processos de trabalho das UBS voltados à atenção em HIV/AIDS. Esperamos que este estudo traga informações importantes sobre os desafios do enfrentamento da epidemia no município de São Paulo, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa, possa subsidiar a Secretaria da Saúde, tanto a área de Atenção Básica como o Programa de DST/Aids do Município, onde o pesquisador se compromete a debater os resultados obtidos.*

Você tem liberdade de recusar a participar, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do email informado no formulário ou por telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

O gerente da UBS responderá a um formulário não identificado. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, você deverá clicar no item "Aceito" caso aceite participar da pesquisa e poderá imprimir uma cópia desse Termo de Consentimento. Caso não aceite participar da pesquisa, clique em "Não Aceito" e você sairá dessa página e não mais receberá aviso sobre esta pesquisa.

TELEFONES

Pesquisadora: Lucia Yasuko Izumi Nichiata – email: izumi@usp.br – Nome e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa: Escola de Enfermagem da USP – fone: (11) 3061-7548

APRESENTAÇÃO E ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

Antes de qualquer coisa, obrigada por responder a este formulário.

Sua participação na pesquisa é muito importante.

Algumas informações:

1. O instrumento eletrônico utilizado **FormSUS** visa assegurar sigilo e confidencialidade aos procedimentos de coleta e divulgação posterior dos resultados.
2. Nenhum serviço será identificado nas análises e divulgação dos resultados. A indicação do nome da unidade, ocorre apenas para validação de sistema.
3. NÃO é necessário senha ao entrar no formulário, basta digitar, gravar para enviar os dados. Durante o preenchimento do formulário NÃO é gravado automaticamente. Sugere-se a impressão de uma cópia do formulário (PDF em anexo) para que as respostas possam ser discutidas em equipe. Feito o rascunho, poderá ser digitado diretamente no formulário online.
4. Após o envio dos dados, as eventuais alterações ocorrerão somente mediante contato com a pesquisadora.
5. Todos os campos do formulário são de preenchimento **obrigatório**. Por favor, não deixe nenhuma questão em branco.

* Preenchimento Obrigatório

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Projeto 2011 EE/USP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: *

Atenção! Se você está neste instrumento você ACEITOU e avançou no formulário anterior. Ao término do preenchimento clique em GRAVAR para registrar as informações

ACEITO

NÃO ACEITO

I. Identificação:

Nome da Unidade: *

Gravar

Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

ANEXOS

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 03 de setembro de 2009.

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª Umiko Yoshikawa Egry

Ref: Processo nº 783/2006/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação de V.S.ª para alteração do projeto de pesquisa "Necessidades de saúde da população & possibilidades de enfrentamento na Atenção Básica", referente à inclusão de um grupo específico de doentes de tuberculose, que constituem um grupo especial, que consta em uma das etapas do SubProjeto A2 "identificar e descrever os programas e atividades assistenciais e das práticas profissionais, que permitem o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população frente aos grupos específicos de portadores de HIV/AIDS e de idosos, informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa aprovou a solicitação, considerando que não há óbices éticos com essa alteração.

Atenciosamente,

Maria Fátima Prado Fernandes
Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 09 de setembro de 2009
PARECER Nº 366/09 – CEP/SMS
CAAE: 0174.0.162.000-09

Para
Lucia Yasuko Izumi Nichiata
Sra Pesquisadora

I- Identificação

Título: "Enfrentamento do HIV/AIDS na Estratégia Saúde da Família do Município de São Paulo"

Pesquisador responsável: Lucia Yasuko Izumi Nichiata

Local: UBSSs com ESF, Município de São Paulo

Auxílio CNPq (processo no. 571057/2008-0, edital no. 06/2008)

II- Objetivos

Gerais:

1. Analisar as características da organização do trabalho em saúde, na Atenção Básica, particularmente na Estratégia Saúde da Família, para o reconhecimento e enfrentamento do HIV/AIDS;
2. Analisar o modo como essas Unidades e equipes de saúde incorporam e operam o princípio da integralidade.

Específicos:

1. Identificar a capacitação específica (DST/AIDS) na US;
2. Identificar insumos e equipamentos voltados às ações de enfrentamento de DST/AIDS;
3. Descrever as formas de organização da unidade de saúde frente ao HIV/AIDS;
4. Levantar quais são as ações desenvolvidas pelas Unidades de Saúde na atenção ao HIV/AIDS.

III – Sumário Geral do Protocolo

A presente investigação integra o Projeto "Limites e possibilidades dos sistemas de saúde locais no reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população: o PSF no município de São Paulo" (FAPESP Políticas Públicas – Fase I 07/55785), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (processo no. 783/20084) e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (parecer no. 124/09 – CAAE: 0066.0.196.000-08). A presente proposta inscreve-se no Sub-projeto A do referido projeto; a preocupação é de descrever as características dos processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família, em termos de práticas e instrumentos utilizados para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população e suas vulnerabilidades.

Segundo a autora, a pertinência desta proposta decorre do fato de que, apesar da vasta produção do conhecimento sobre a epidemia de HIV/AIDS, existem poucos estudos que analisam seu enfrentamento no âmbito da Atenção Básica.

Resultados esperados: Na avaliação da pesquisadora, o trabalho poderá trazer contribuições teóricas e práticas (dada a parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo).

Metodologia:

Trata-se de um estudo de caráter prospectivo, exploratório e descritivo sobre as características dos processos de trabalho, em termos de práticas e instrumentos utilizados para o reconhecimento e enfrentamento do HIV/AIDS na Estratégia Saúde da Família. Utilizará técnica quantitativa para a coleta de dados, por meio da aplicação de questionário (Anexo I), com ques-

Rua General Jardim, 36 / 8º - São Paulo - CEP 01223-010 Telefone: (11) 33972464 - e-mail: sms-cep@gmail.com
homepage: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/cepsms>

CAAE: 0174.0.162.000-09

IV. Avaliação

As folhas de rosto foram preenchidas adequadamente. Os currículos são compatíveis com a proposta; os pesquisadores têm familiaridade e desenvoltura diante do tema. A bibliografia é ampla e atual.

O projeto é bem construído e de interesse teórico e prático.

Apresenta cronograma e orçamento detalhado; a pesquisa conta com financiamento do CNPQ.

A pesquisa não envolve risco ou desconforto. Pode trazer benefícios diretos e indiretos ao serviço.

O TCLE é conciso e objetivo, está redigido na forma de convite à participação e permite uma decisão consciente do sujeito da pesquisa, bem como sua saída sem prejuízos.

III - Parecer do CEP: Projeto APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Jose Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

ANEXO C

ADENDO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

São Paulo, 13 de Outubro de 2010
PARECER Nº 354/019- CEP/SMS
CAAE: 0174.0.162.000-09

Exlma sra.
Lucia Yasuko Izumi Nichiata

I- Identificação

Título: "Enfrentamento do HIV/AIDS na Estratégia Saúde da Família do Município de São Paulo"

Pesquisador responsável: Lucia Yasuko Izumi Nichiata

Local: UBSs com ESF, Município de São Paulo

Auxílio CNPq (processo no. 571057/2008-0, edital no. 06/2008)

II – Adendo enviado pelo pesquisador em 27/09/10:

"O projeto "Enfrentamento do HIV/AIDS na Estratégia Saúde da Família do Município de São Paulo", obteve parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS (Parecer 366/09 – CAAE: 0174.0.162.000-09). Inicialmente havíamos previsto sua realização tendo como cenário do estudo, as Unidades Básicas de Saúde com implantação da Estratégia Saúde da Família. Dada a importância que as demais unidades possuem na rede de assistência municipal, vimos por meio desta, solicitar um adendo ao processo, quanto à expansão da pesquisa, no sentido de inclusão das Unidades Básicas de Saúde (UBS), aquelas que não desenvolvem a Estratégia Saúde da Família."

III – Considerações

O pedido é conciso e coerente com a recomendação padrão que aparece no ofício de encaminhamento de aprovação ("caso haja alterações no protocolo estas e a sua justificativa devem ser encaminhadas ao CEP de modo claro e conciso"). A ampliação do campo também é coerente com as justificativas apresentadas no projeto original ("embora o número de trabalhos sobre HIV/aids seja grande há poucos que tratam da questão na Atenção à Saúde Básica") e com os resultados esperados (onde a pesquisadora fala novamente da Atenção Básica). Sendo assim, considero que a inclusão das UBS que não desenvolvem ESF para a referida pesquisa deve ser acolhida. Estou admitindo evidentemente, com base na discussão anterior e nos dados apresentados no projeto, que os mesmos cuidados éticos serão tomados.

Do ponto de vista ético, este adendo não muda a essência do estudo que continua a mesma, estando de acordo com a Resolução 196/96 e suas complementares.

III - Parecer do CEP: Projeto APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.