UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CAROLINA LA MAISON

**VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA AO HIV/AIDS
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CUIABÁ,
MATO GROSSO.**

SÃO PAULO

2014

CAROLINA LA MAISON

**VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA AO HIV/AIDS
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CUIABÁ,
MATO GROSSO.**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo (EEUSP), Departamento de Saúde
Coletiva (ENS) para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Área de Concentração:
Cuidado em Saúde

Orientadora:
Dr^a Lucia Yasuko Izumi Nichiata

Versão Corrigida
(Original encontra-se disponível na biblioteca “Wanda de Aguiar
Horta”)

SÃO PAULO

2014

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

Maison, Carolina La

Vulnerabilidade programática ao HIV/aids nas unidades básicas de saúde de Cuiabá / Carolina La Maison – São Paulo, 2014.

151 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

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

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

1. Prevenção 2. Vulnerabilidade 3. Atenção Primária de Saúde 4. Enfermagem 5. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida 7. Vírus da Imunodeficiência Humana I.Título

Nome: Carolina La Maison

Título: Vulnerabilidade programática ao HIV/aids nas unidades básicas de saúde de Cuiabá.

Dissertação apresentada à
Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo
para obtenção do título de
Mestre 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

*A minha mãe **Lorena**, luz da minha vida, meu porto seguro, minha inspiração. Minha mamãe que sempre esteve ao meu lado, minha gratidão e amor eterno. Essa dissertação é mais sua do que minha, as palavras vieram de mim, mas, o amor que impulsionou para que tudo acontecesse foi seu. Minha mestra na arte de ser mãe. Obrigada por acreditar em mim, e por proporcionar a concretização de um sonho. Te amo maezinha do meu coração.*

*A minha vó **Maria**, que mesmo quando todos duvidavam, acreditou e me incentivou, te amo Vó.*

*Ao meu irmão, **José Valmir** (in memoriam), meu grande amor, que me fez uma pessoa melhor. Nene, você me deixou muito cedo, mas sua lição de vida, amor e dignidade é minha força pra continuar. Eu fui abençoada pela oportunidade de fazer parte da vida de um ser humano tão iluminado e maravilhoso. Saudades eternas em meu coração. Eu te amo!*

AGRADECIMENTOS

*À orientadora Prof.^a Dr.^a **Lucia Yasuko Izumi Nichiata**, fonte de conhecimentos e competência que com sabedoria soube dirigir-me os passos e os pensamentos para o alcance de meus objetivos. Obrigada pela oportunidade de ser sua aluna.*

*À Prof.^a Dr.^a **Ruth Terezinha Kehrig**, minha co-orientadora, amiga, e exemplo. Obrigada por me mostrar o prazer de ser pesquisadora e me ajudar a construir meu próprio caminho durante o início de mestrado. Minha eterna “melhor professora do mundo”.*

*A Dr.^a **Luciane Ferreira do Val**, pelo carinho, orientação e valiosa contribuição para o desenvolvimento deste estudo.*

*À Prof.^a Dr.^a **Renata Ferreira Takahashi**, pelas valiosas contribuições.*

*Às Prof.^{as} Dr.^{as} **Suely Itsuko Ciosak, Lislaine Aparecida Fracolli e Anna Luiza de Fatima Pinho Lins Gryschek** pelo incentivo e pela força!*

*À Prof.^a Dr.^a **Maria Inês Battistella Nemes**, pela oportunidade de participar das oficinas do Qualiaids (foi ali que nasceu a vontade de ser aluna USP).*

*A **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES** - meu muito obrigada pela concessão da bolsa de mestrado.*

*A todos os professores de pós-graduação e funcionários do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, em especial aos da secretaria: **Valéria Olmos, Maria do Socorro de Lima Moura, Terezinha Amaro dos Reis Alves.***

*A **Vania Ferreira Gomes Dias**, pelas palavras de apoio e sorrisos sinceros.*

*À **Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP)**, pela oportunidade de realizar o mestrado. Tenho orgulho de ser aluna dessa renomada escola.*

*A **Universidade de São Paulo-USP**, tenho orgulho em ser sua “filha”, estudar nessa instituição foi a realização de um sonho. Amo essa universidade, aqui é minha casa.*

*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.*

*As minhas sobrinhas **Dayane e Luana**, vocês são meus amores. A melhor parte do meu irmão. Eu amo mais do que tudo.*

*A minha princesa **Laurinha**, que trouxe luz pra minha vida. Minha pequena que enche meu coração de amor e paz. Razão dos meus sorrisos. Dona da minha felicidade. A tia te ama!*

*Ao meu “**PAldrasto**” **Mauricio**, que sempre me tratou como uma filha e que, com sua presença, contribuiu para que eu pudesse me ausentar de casa, meu muito obrigada por cuidar de mim e da minha mamãe.*

Ao meu pequeno **Heitor**, que cada vez que diz: “eu te amo dinda”, me impulsiona a continuar em busca dos meus sonhos.

As minhas eternas alunas que sempre me incentivaram com tanto carinho e apoio: **Thaissa Blanco, Érica Cunha, Karolaine Cecílio, Eliza Anália Silva, Iraceli Costa, Michelli Queiroz, Rhayne Oliveira, Neurielly Araújo, Rosimeire Santos, Keila Vanessa Silva, Fabíola Macedo, Glaucia Costa.**

Aos meus amigos, uns próximos outros longe, mas que sempre ficaram na torcida e estiveram ao meu lado: **Larissa Sossai, Luciano Borges, Giselle Escobar, Thayssa Ferraz, Karola Nunes, Paulo César (maninho), Ariane Garcia, Cleci Santos, Iramara Godoy, Caroline Felfilli, Leandro Muller, Aurene Sawaris.**

Ao meu irmão de coração **Hebert Almeida Ricci**, te amo daqui ao infinito.

A minha amiga mais argentina **Natália Carvalho Leite**, por dividir comigo os anseios do mestrado. Começamos essa jornada juntas, cada uma escrevendo sua história, mas sempre apoiando uma a outra. Obrigada minha psicóloga particular.

A minha amiga **Maria Eduarda Dal Bello**, obrigada por transformar meus dias de São Paulo em sorrisos.

Ao **Edson Francisco Fávero**, grande homem e amigo, pessoa maravilhosa que sempre esteve ao meu lado.

A **Patricia Sulsbach**, que nas disciplinas do mestrado compartilhou seus conhecimentos e me trouxe paz num momento tão difícil.

*A **Laura Viana**, meu obrigada por cuidar da minha mamãe em minha ausência e por sempre ter uma palavra de amor e sabedoria.*

*A cumadinha **Maria Ercília Paes de Barros** e toda a sua família, que sempre me acolheu e me incentivou. Vocês são parte de mim!*

*Aos amigos e funcionários do eterno “**Clube de Esquina**”, no qual vivi momentos especiais na minha vida e onde decide correr atrás dos meus sonhos.*

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

Cora Coralina

Maison CL. Vulnerabilidade programática ao HIV/aids nas unidades básicas de saúde de Cuiabá. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

As ações voltadas à prevenção ao HIV/aids em serviços de atenção primária à saúde (APS) é uma estratégia proposta no Brasil desde meados dos anos 1990. Com o aumento do número de casos de aids no Brasil, houve a necessidade de elaborar uma estratégia de intervenção em HIV/aids, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) um espaço privilegiado para realizar as ações de prevenção e acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/aids. Não foram encontrados estudos que tratam da análise das ações neste âmbito da atenção no Estado do Mato Grosso (MT). Objetivo geral: Analisar a Vulnerabilidade Programática ao HIV/aids nas UBS de Cuiabá (MT). Pesquisa quantitativa, com base no conceito de Vulnerabilidade em sua dimensão programática; realizada por meio da aplicação de um instrumento com respostas fechadas e abertas, respondido por 69 gerentes, de junho a agosto de 2014. A análise foi realizada com base na reunião dos elementos constantes nos seguintes marcadores de vulnerabilidade programática: a) Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em HIV/aids; b) Respostas às necessidades de tratamento em HIV/aids; c) Ações de pré-natal e puerpério em relação a atenção às HIV/aids; d) Ações de prevenção em relação às HIV/aids; e) Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/aids e maternidade. Cada elemento analisado foi estabelecido o valor de “1” quando a resposta era positiva (atende ao requisito) e “0” quando não. Com base na soma dos valores ponderados para cada um dos marcadores obteve-se valor mínimo e máximo de pontos; classificando as UBS segundo o score de alta vulnerabilidade (abaixo de 25%), média (25 a 75%) e baixa (75 a 100%). A maioria das UBS operava o modelo Estratégia da Saúde da Família (63,8%) e era gerenciada por Enfermeiros (79,1%). Maior parte encontra-se em média vulnerabilidade de âmbito programático; há alta vulnerabilidade nos marcadores “d” e “e”. 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 HIV/aids. São necessários investimentos na atenção em HIV/aids na APS no município de Cuiabá.

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção. Vulnerabilidade. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Vírus da Imunodeficiência Humana.

Maison CL. Programmatic Vulnerability in HIV caring at Health First Care Services in Cuiabá, Mato Grosso State. [dissertation]. São Paulo: Nursing College, Universidade de São Paulo; 2014.

ABSTRACT

The implementation of HIV/Aids prevention actions at Health First Care Services (APS in Portuguese) is a strategy that has been adopted in Brazil since mid-90's. With the increasing number of Aids cases in the country, the need to create a strategy to curb this growing HIV/Aids curve has become urgent. Health First Care Services Unities have since then been a privileged space of prevention and caring for HIV/Aids infected people. No other studies about the analysis of these actions at Health First Care Services Unities in the State of Mato Grosso (MT) have been found. General objective of this research: to assess HIV/Aids programmatic vulnerability for HIV caring at Health First Care Services (UBS, in Portuguese) in Cuiabá, Mato Grosso State. Quantitative research, based on the vulnerability concept in its programmatic dimension; carried by applying an instrumental survey with open and closed answers, that have been replied by 69 UBS managers, from June to August 2014. The analysis has been carried based on assembling the elements present in the following programmatic vulnerability assessment tools: a) Infrastructure for delivering prevention and caring actions for HIV/Aids; b) Responses to the HIV/Aids treatment needs; c) Caring STD/HIV/Aids actions during pregnancy; d) Prevention actions regarding STD/HIV/Aids; e) Integration of treatment actions among Treatment and Reference Center/Specialized Ambulatory Service in STD/HIV and Aids, Basic Health Care Units and Maternity Hospitals. Each element has been studied and the "1" value has been established when the answer was positive and "0" when it was negative. Based in the sum of the average value for each one of the items a minimum and maximum standards have been acquired; Basic Health Care Units have been divided according to programmatic vulnerability degrees, being High (lower than 25%), Medium (from 25% to 75%) and Low (from 75% to 100%). Results: The majority of Basic Health Care Units carried Family Health Strategies (63.8%), managed by Nurses (79.1%). In general terms Basic Health Care Units vulnerability is medium. There is high programmatic vulnerability at Basic Health Care Units, in the "d" and "e" assessment criteria. Basic Health Care Units have to some degree vulnerability in the programmatic realm of Structure and Organization Dynamics in the Health Service and Operationalization of Actions in HIV/Aids caring. Investments in HIV/Aids caring and attention to the Health First Care Services in Cuiabá municipality are highly necessary.

KEY-WORDS: Prevention, Vulnerability. Health First Care Services. Nursing. Aids. Human Immunodeficiency Virus.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Mapa da região metropolitana do município de Cuiabá-MT 47

Ilustração 2 – Mapa das regionais de saúde do município de Cuiabá-MT 51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da população segundo área territorial e densidade demográfica dos municípios de grande porte. Região Baixada Cuiabana, 2010	48
Tabela 2: Distribuição das UBS segundo Regionais de Saúde e Modelos de Organização da Atenção à Saúde. Município de Cuiabá-MT, 2014	67
Tabela 3: Distribuição dos gerentes das UBS segundo formação profissional e regional de saúde. Município de Cuiabá-MT, 2014	68
Tabela 4: Distribuição das UBS segundo o marcador de Vulnerabilidade Programática: Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em HIV/aids e respostas afirmativas aos elementos. Município de Cuiabá-MT, 2014	70
Tabela 5: Distribuição das UBS segundo o marcador de Vulnerabilidade Programática: Respostas às Necessidades de Tratamento em HIV/aids e respostas afirmativas aos elementos. Município de Cuiabá-MT, 2014	72
Tabela 6: Distribuição das UBS segundo o marcador de Vulnerabilidade Programática: Ações de Pré-Natal e Puerpério em relação à atenção ao HIV/aids e respostas afirmativas aos elementos. Município de Cuiabá-MT, 2014	73
Tabela 7: Distribuição das UBS segundo o marcador de Vulnerabilidade Programática: Ações de Prevenção em relação	

ao HIV/aids e respostas afirmativas aos elementos.

Município de Cuiabá-MT, 2014 75

Tabela 8: Distribuição das UBS segundo o marcador de Vulnerabilidade Programática: Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/aids e maternidade e respostas afirmativas aos elementos.

Município de Cuiabá-MT, 2014..... 76

Tabela 9: Distribuição das UBS segundo o marcador de Vulnerabilidade e grau de Vulnerabilidade Programática.

Município de Cuiabá-MT, 2014 78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS), número e (%) cobertura populacional de Agente Comunitário de Saúde (ACS), Equipe de Saúde da Família (ESF). Região da Baixada Cuiabana, 2013	52

Quadro 2: Marcadores de Vulnerabilidade Programática de Estrutura e Dinâmica de Organização do Serviço de Saúde e de Operacionalização das Ações na Atenção Básica ao HIV/aids	58

Quadro 3: Marcadores de Vulnerabilidade Programática, Pontos e Grau da Vulnerabilidade Programática. Município de Cuiabá-MT, 2014	63

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
CS	Centro de Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CRT	Centro de Referência e Testagem
DAB	Departamento de Atenção Básica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DIU	Dispositivo Intrauterino
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSB	Homens que fazem sexo com Homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSS	Organização Social de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/aids
SAE	Serviço Ambulatorial Especializado
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
1.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A EPIDEMIA DE HIV/AIDS	25
1.2 ORGANIZAÇÃO PROGRAMÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR REFERÊNCIA AO HIV/AIDS.....	31
2 OBJETIVOS	39
2.1 OBJETIVO GERAL.....	40
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
3 MÉTODO	41
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	46
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	47
3.3 SUJEITO DE PESQUISA.....	53
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA	53
3.5 COLETA DOS DADOS	54
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	56
3.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	64
3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	65
4 RESULTADOS	66
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UBS	67
4.2 AS UBS E OS MARCADORES DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA	69
4.2.1 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS E A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA	69
5 DISCUSSÃO.....	80
5.1 OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E A FORMAÇÃO DO GERENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CUIABÁ	81
5.2 FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES NA ATENÇÃO AO HIV/AIDS NAS UBS DE CUIABÁ.....	85
6 CONCLUSÃO.....	111
7 BIBLIOGRAFIA.....	117

APÊNDICES.....	133
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS: ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUIABÁ	134
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	146
 ANEXOS.....	 147
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	148
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ	151

APRESENTAÇÃO

---

*Por mais longa que seja a caminhada
o mais importante é dar o primeiro passo.*

Vinícius de Moraes

O meu primeiro contato na assistência às pessoas que vivem com HIV/aids foi em 2007. Recém formada fui trabalhar em um Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) do município de Cuiabá – Mato Grosso. Como enfermeira dessa unidade por um ano, atuava junto às gestantes soropositivas e acompanhava as crianças expostas ao vírus até sua negatificação. Neste mesmo ano, representei o município numa reunião do Ministério da Saúde em Brasília para o Plano de Feminização em HIV/aids. Nesse ano que fui enfermeira no SAE, conheci muitas pessoas que trabalhavam no cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), tendo a oportunidade de discutir e compartilhar saberes e práticas do cuidado, especialmente, da mulher durante o pré-natal.

Trabalhar com HIV/aids exigia não apenas habilidades técnicas como enfermeira, mas também rever conceitos, valores, preconceitos e escolhas. Foi também neste ano que atuei de forma voluntária junto a uma Organização não governamental (ONG) de Cuiabá, onde discutíamos sobre prevenção com jovens das escolas municipais e estaduais da cidade de Cuiabá.

Após a experiência no SAE, trabalhei em 2008 como enfermeira numa unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do mesmo município. Primeiramente em uma unidade rural, cuja distância da capital era de 65 km e posteriormente numa unidade urbana. Além de participar efetivamente do processo de implantação dessa unidade em um bairro carente da capital, vivenciei a importância da unidade básica de saúde para a comunidade, entendendo seu papel no sistema de serviços de saúde. Pude aplicar a experiência vivida no SAE como enfermeira, para discutir com a equipe de saúde da atenção básica e com a população de abrangência sobre HIV/aids, preconceitos, prevenção e tratamento. Apesar da falta de recursos materiais e humanos naquela unidade conseguimos um diálogo com os jovens por meio de parcerias entre a ESF e as escolas e associações presentes no território de abrangência da unidade de saúde.

Em 2009, me afastei da assistência para trabalhar em uma faculdade privada de graduação em Enfermagem de Cuiabá, onde fui docente por quatro anos. Nesse período, além das disciplinas do Projeto Político Pedagógico dei continuidade ao aprofundamento do conhecimento da temática sobre aids.

Ingressei como aluna especial do Instituto de Saúde Coletiva na UFMT. Enquanto aluna do ISC/UFMT participei das Oficinas de Atualização do Sistema de Avaliação Qualiaids, durante todo o ano de 2011 no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), sob coordenação da professora Dr^a Maria Inês Battistella Nemes. O Qualiaids avalia a qualidade da assistência, gerência e recursos existentes nos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, que assistem em nível ambulatorial pessoas vivendo com HIV/aids. As oficinas foram realizadas com a equipe Qualiaids.

Durante o período em que participei destas oficinas, voltei a trabalhar na assistência em um SAE municipal e pude levar para aquela unidade reflexões sobre o que era discutido durante as reuniões.

O ingresso efetivo no curso de Pós-graduação Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP deu-se em 2012. Na oportunidade participei como integrante das devolutivas de sua pesquisa “Enfrentamento das DST/Aids nas Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo”.

O presente projeto faz parte da linha de pesquisa Políticas Públicas de Saúde e de Recursos Humanos em Enfermagem e em Saúde, que junto ao programa de Pós-Graduação, compreende estudos sobre as bases teóricas e princípios norteadores da formulação, operacionalização e avaliação de políticas públicas sociais, de saúde e de recursos humanos. O projeto está vinculado ao Grupo de Pesquisa "Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades de Saúde" da EEUSP.

1 INTRODUÇÃO

Se queres prever o futuro, estuda o passado.

Confúcio

Dentro do tema da organização da Atenção Primária em Saúde (APS), recortou-se como objeto de estudo a vulnerabilidades programática ao HIV/aids nas ações de prevenção e controle realizadas no âmbito desta atenção.

A identificação de uma nova doença na década de 1980 e seu reconhecimento como pandemia coincide com o período que se seguiu de promulgação da Constituição brasileira e formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesses quase 35 anos de epidemia de aids e 25 anos de implementação do SUS são reconhecidos os avanços no seu enfrentamento, citando por exemplo, o aumento da sobrevivência das pessoas acometidas pela infecção. Ao mesmo tempo, permanecem desafios no âmbito da ampliação do acesso aos serviços e ações de prevenção da infecção, além da garantia do direito ao tratamento daqueles que já se encontram infectados pelo vírus.

O estudo apresenta como justificativa para seu desenvolvimento a magnitude da aids, resgatando um breve histórico sobre a epidemia no âmbito mundial e no Brasil, destacando mais especificamente a região Centro-Oeste e Mato Grosso, cenário da presente investigação.

Parte-se do pressuposto de que a epidemia é produto de um conjunto de contextos – individuais e coletivos – que tornam os indivíduos mais ou menos vulneráveis à infecção, doença ou morte e as possibilidades para o seu enfrentamento (Mann, Tarantola, Netter, 1993; Ayres et al., 2006). Opta-se por iluminar a dimensão coletiva, no aspecto que trata da atenção em HIV/aids realizada pelos serviços de saúde, no caso, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da APS, identificada como vulnerabilidade programática. Entende-se que esta é influenciada pela vulnerabilidade individual ao HIV, ao mesmo tempo em que vem sendo exigido deste nível de atenção a incorporação de ações de prevenção e diagnóstico da infecção. Argumenta-se que há escassa produção científica que

trata da análise sobre a atenção ao HIV/aids nas UBS, em particular com locus na cidade de Cuiabá.

1.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A EPIDEMIA DE HIV/AIDS

No final da década de 1970 começou a surgir nos Estados Unidos, Haiti e África Central os primeiros casos de aids. Até final de 2011 contabilizava-se 34 milhões pessoas vivendo com HIV/aids, segundo a Organização das Nações Unidas no Brasil (ONU-BR, 2013).

Estima-se que 0,8% dos adultos com idades entre 15-49 anos em todo o mundo vivem com HIV. A África Subsaariana continua sendo a mais afetada, com quase 1 em cada 20 adultos (4,9%) vivendo com HIV e responsável por 69% das pessoas que vivem com HIV em todo o mundo. Embora a prevalência regional da infecção pelo HIV é quase 25 vezes superior na África subsaariana do que na Ásia, quase 5 milhões de pessoas estão vivendo com HIV no Sul, Sudeste e Leste da Ásia (ONU-BR, 2013).

Segundo relatório da *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) de julho de 2012, o número de pessoas infectadas com HIV continua a cair em todo o mundo, em 2011 foi 20% menor do que em 2001. As maiores quedas no número de pessoas que adquirem a infecção pelo HIV desde 2001 foram no Caribe (42%) e África Subsaariana (25%). Porém, desde 2001, o número de pessoas infectadas no Oriente Médio e Norte da África aumentou em mais de 35%.

O número de pessoas que morreram de causas relacionadas com a aids começou a declinar em meados dos anos 2000, graças a terapia antirretroviral. Em 2011, aproximadamente 1,7 milhões de

peessoas morreram de causas relacionadas com a aids em todo o mundo. Isso representa uma queda de 24% na mortalidade em comparação com 2005 (ONU-BR, 2013).

Na África subsaariana esse índice diminuiu em 32% de 2005 para 2011. Regiões como o Caribe (48%) e Oceania (41%) tiveram quedas significativas entre 2005 e 2011. Já na América do Sul (10%), Ásia (4%), Europa Ocidental e Central e América do Norte (1%) esses declínios foram menor (ONU-BR, 2013).

No entanto, houve um aumento significativo na mortalidade por aids na Europa Oriental e Ásia Central (21%) e Oriente Médio e Norte da África (17%) (ONU-BR, 2013).

Em 1996 é lançado o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids, uma parceria entre 22 países membros, localizados em todas as regiões geográficas, as agências copatrocinadoras e alguns representantes de organizações não governamentais. O Brasil é membro nesse fórum desde o ano 2000. A UNAIDS calculou em 2002 que até 2022, serão 70 milhões de pessoas mortas em decorrência da aids, a maior parte delas na África (ONU-BR, 2013, p. 1).

No Brasil o primeiro caso data de 1980, em São Paulo, estado que criou o primeiro programa de controle da aids no país. Em 1985, foi disponibilizado para diagnóstico o primeiro teste de anti-HIV e, ocorreu a notificação do primeiro caso de infecção através da transmissão vertical e foi criado um programa federal de controle da aids, mediante Portaria 236/1985 (Brasil, 2007).

Em 1987, iniciou a disponibilização do AZT pelo SUS, uma das primeiras drogas aprovadas para o tratamento de aids. No ano de 1996, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids regulamentou a utilização da terapia antirretroviral quando se acumulavam 22.343 casos registrados de aids no país (Brasil, 2012a). A taxa de incidência nacional em 2010 era de 17,9 casos por 100 mil habitantes, equivalente a 34.218 novos casos no ano. Até junho de 2011, acumulou-se 608.230 casos

notificados e até junho de 2012 chegou a 656.701 casos, em média 36 mil casos novos de aids por ano, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2012c).

O coeficiente de mortalidade vem se mantendo estável no país, sinalizando uma queda: no ano 2010, o coeficiente bruto de mortalidade foi de 6,3 óbitos por 100 mil habitantes, diminuindo para 5,6 em 2011, queda em torno de 12%. Em relação ao coeficiente de mortalidade por aids nos últimos 10 anos, houve uma redução de 11,1% (Brasil, 2012c). Com a redução da mortalidade, relacionada, sobretudo à disponibilização de antirretrovirais mais eficientes e melhorias na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids, tem se observado cronificação da doença (Silva, Val, Nichiata, 2010).

Em ambos os sexos, a aids é mais incidente na faixa etária de 25 a 49 anos de idade, no adulto jovem (Brasil, 2012b). A prevalência estimada da infecção pelo HIV tem permanecido estável na população de 15 a 49 anos, em torno de 0,6%, desde 2004. Todavia, é o dobro entre os homens (0,8%) em relação às mulheres (0,4%) dessa faixa etária ainda em 2011 (Brasil, 2012d).

No Brasil tem-se uma epidemia de HIV/aids concentrada nas populações em situação de maior vulnerabilidade, por categoria de exposição, como os profissionais do sexo, travestis, homens que fazem sexo com homens (HSH) e usuários de drogas. Estudos realizados entre 2008 e 2009 com maiores de 18 anos em dez municípios brasileiros estimam uma prevalência de 10,5% casos de HIV entre HSH, 5,9% entre os usuários de drogas ilícitas e 4,9% entre as mulheres profissionais do sexo (Brasil, 2012d).

Apesar do número de casos no sexo masculino ainda ser maior entre heterossexuais, persiste no país a epidemia concentrada. A prevalência da infecção na população de 15 a 49 anos é menor que 1% (0,61%), mas é maior do que 5% nos subgrupos de maior risco para a infecção pelo HIV – como HSH, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo (Brasil, 2012d).

Na população de jovens gays, segundo pesquisa em conscritos do Exército brasileiro em 2007, estimou-se 1,2% de prevalência do HIV, apresentando tendência crescente. Houve um aumento de 45,9% na proporção de casos entre HSH na faixa etária de 15 a 24 anos nos 12 anos anteriores a 2011 e de 46,4% em 2010 (Brasil, 2012d).

Embora ainda mais concentrada, sobretudo entre HSH, o HIV rapidamente vem se disseminando entre diversos segmentos, sejam mulheres, heterossexuais ou crianças. Com as mudanças no rumo da doença e comportamentos dos indivíduos houve importante mudança no curso da epidemia, relacionadas com feminização, heterossexualização, juvenização, além da pauperização e, há alguns anos, o “envelhecimento da aids” (Brasil, 2010).

Desde seu início, a epidemia da aids no Brasil concentrou-se na população masculina. Porém, com o passar dos anos tem havido um aumento proporcional do número de casos de aids entre mulheres, o que se observa pela mudança na razão de sexos, ou seja, o número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres. Em 1985 havia 26 casos de aids em homens para um caso em mulher; diminuindo para seis casos no sexo masculino por caso no sexo feminino em 1989, chegando a 1,7 caso em homens para cada caso em mulheres nos anos de 2010 e 2011. Apesar dessa relativa feminização da aids, atualmente, ainda existem mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, embora com diminuição dessas diferenças (Brasil, 2012b, 2012c).

A feminização está relacionada com as questões biológicas, pela presença elevada de carga viral no sêmen masculino comparada a da secreção cervicovaginal e às peculiaridades do sistema reprodutor feminino – maior susceptibilidade ao trauma e maior superfície de contato da mucosa vaginal (Clark, 2005).

A vulnerabilidade das mulheres adolescentes, jovens, adultas e idosas ao HIV é incrementada com as desigualdades de gênero, com a pobreza, o racismo, o estigma e a discriminação relacionados

à orientação sexual e identidade de gênero, à vida com HIV, ao estilo de vida, à prostituição e com todas as formas de violência contra as mulheres (ONU-BR, 2010).

O aumento dos casos entre homens heterossexuais em 2011, assim como o seu predomínio na transmissão para a população feminina, demonstra a heterossexualização da epidemia (Lopes, 2007).

Lopes (2007) observa um crescimento menor da incidência de casos novos de aids nos grupos sociais com melhor nível de escolaridade. Os autores afirmam que o HIV e a aids no Brasil está presente em todos os estratos sociais e observam que tem aumentado o número de casos entre as pessoas de menor escolaridade e ocupações menos qualificadas. Grangeiro (1994) caracterizou um processo de pauperização da epidemia de aids no Brasil, ao afetar sobretudo grupos sociais mais pobres, marginalizados, negros e moradores da periferia.

A expectativa de vida ao nascer no Brasil aumentou de 45,5 anos em 1940 para 72,7 em 2008, com estimativa de alcançar 81,3 anos de vida em 2050, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008). Nesse contexto do envelhecimento da população, emerge uma necessidade de readaptação das políticas públicas de saúde, como no caso da prevenção de HIV entre os idosos, considerados sexualmente ativos (Brasil, 2003). Lopes (2007) aponta um leve “envelhecimento” da epidemia de HIV/aids seja no número de casos como de óbitos nas idades mais avançadas.

Por conta de um trabalho mais efetivo de prevenção houve importante diminuição da incidência de casos de aids por transmissão vertical da mãe para o bebê. Quando as medidas preventivas são adotadas, com o uso de medicamentos antirretrovirais durante o período de gravidez e parto, além de realização de cesárea, a chance de transmissão vertical cai para menos de 1%. No cuidado para o recém-nascido, faz-se a

substituição do aleitamento materno por leite em pó, além do uso dos antirretrovirais. Tais medidas fazem parte do Plano de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, lançado no SUS em 2007 (Brasil, 2012d).

Desde 1980 até meados de 2011, foram notificados 14.127 casos de aids em menores de cinco anos no Brasil e inclusive o número absoluto de casos novos vem diminuindo de 954 em 1999 para 482 em 2010 e 368 em 2012 . A taxa de incidência de aids nesse grupo populacional foi de 3,5 casos por 100 mil habitantes em 2010. O monitoramento da transmissão vertical faz-se com a taxa de incidência em menores de cinco anos, que teve uma redução de 40,7% nos 12 anos anteriores a 2011 (Brasil, 2012d).

Tomando como cenário a Região Centro-Oeste do país no ano 2010, a incidência de aids foi de 15,7 casos por 100 mil habitantes (Brasil, 2012d). Em um período de 10 anos (2001 a 2011), a taxa de incidência diminuiu somente no Sudeste e aumentou nas demais regiões, sendo que no Centro-Oeste passou de 14,3 para 17,5 casos (Brasil, 2012b).

Em todos os estados da Região Centro-Oeste, a taxa de incidência foi menor ou igual à média nacional (17,9 casos de aids por cada 100 mil hab.) no ano de 2010 (Brasil, 2012d). No período de 1985 a 2012, foram notificados 8.625 casos de aids em Mato Grosso, dos quais 58,8% no sexo masculino e 41,2% no sexo feminino. Houve um aumento da taxa de incidência de aids em Mato Grosso no período de 1998 a 2010, passando de 12,9 casos por 100 mil em 1998 para 17,4 casos, o que corresponde a um crescimento de 34,9% (Brasil, 2012d).

Em Cuiabá, assim como em Campo Grande, observa-se a maior taxa de incidência de casos de aids (26,3 por 100 mil hab.) entre as capitais da região Centro-Oeste em 2010 (Brasil, 2012d).

Comparando regionalmente, somente o Sudeste apresenta queda do coeficiente de mortalidade, enquanto que nas regiões Norte, Nordeste e Sul há tendência para o aumento. Apenas na

região Centro-Oeste o coeficiente encontra-se estável (Brasil, 2012d).

No ano de 2010, entre os estados da região Centro-Oeste, observa-se que o maior coeficiente de mortalidade encontra-se em Mato Grosso, onde foram registrados 2.162 óbitos, apresentando um coeficiente de 6,8 óbitos de aids por 100 mil habitantes. O coeficiente de mortalidade padronizado para o ano de 2010, que foi 4,8 óbitos por 100 mil habitantes no Centro-Oeste, indicou uma estabilização da taxa de mortalidade em dez anos na região. Todavia, no estado de Mato Grosso houve um crescimento de 34,8% da mortalidade, embora estabilizada nos demais estados da região (Brasil, 2012d).

1.2 ORGANIZAÇÃO PROGRAMÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR REFERÊNCIA AO HIV/AIDS

O SUS, constitucionalmente instituído em 1988, preconiza a universalização do acesso, a integralidade e equidade da atenção, a descentralização da gestão e atenção, assim como a participação social na saúde. A implantação desse sistema pressupõe a reorganização das práticas e, conseqüentemente, a transformação do modelo assistencial e da organização do serviço.

A Política Nacional de Atenção Básica no SUS foi instituída pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006a, p.32) e vem sendo ratificada desde então, com a seguinte concepção de APS/AB:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É

desenvolvida sob forma de trabalho em equipe, ações dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária [...]. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A noção da Atenção Primária de Saúde (APS) difundiu-se pelo mundo a partir da Conferência Internacional sobre cuidados Primários em Saúde em Alma Ata, no ano de 1978. No documento final da conferência, a APS é apresentada como um componente importante do desenvolvimento dos países (World Health Organization, 1978).

No processo de consolidação do SUS, no final dos anos 1980, o conceito de atenção primária passou a ser adotada no Brasil com a nomenclatura de atenção básica (Gil, 2006).

A substituição do termo atenção primária por atenção básica no contexto do SUS não reflete uma mudança na compreensão da função desse nível de atenção, ao contrário, a similaridade entre as definições dos dois termos, indica uma compreensão sinônimo desses termos (Ferraz, 2008). A APS configura-se como um dos eixos e princípios da Reforma Sanitária e do SUS. Na presente investigação opta-se pela utilização do termo APS.

Várias são as interpretações atribuídas ao conceito de APS, que se explicam pela trajetória histórica e em função da ambiguidade das definições estabelecidas em fóruns internacionais. As interpretações variam de: Atenção Primária à Saúde como estratégia de reordenamento do setor saúde; Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde e Atenção Primária à Saúde como programa com objetivos restritos e voltados, especificamente, à satisfação de

algumas necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade (Mendes, 1996).

A APS assumiu um papel abrangente no SUS, compreendendo a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento e também a reabilitação e manutenção da saúde, conforme a Portaria GM nº 648/2006 da 1ª edição da Política Nacional de Atenção Básica.

A APS situa-se entre as ações que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população. A possibilidade de melhoria da saúde das pessoas atribuída à Atenção Primária relaciona-se com seu potencial de trabalhar com a determinação social decorrente dos territórios de vida e trabalho das pessoas (Starfield, 2004).

É possível definir quatro componentes fundamentais da Atenção Primária à Saúde: o primeiro contato, a longitudinalidade do cuidado que implica vínculo entre serviço e usuário, a integralidade da atenção prestada enquanto resposta às necessidades de saúde da população e a coordenação das ações de atenção prestadas no sistema (Starfield, 2004).

A APS é caracterizada por um conjunto de ações abrangentes realizadas tanto no nível individual quanto coletivo. Organiza-se nas redes de atenção à saúde, de acordo com os atributos da longitudinalidade, da integralidade, da coordenação, da orientação comunitária, com foco na família, sendo a principal porta de acesso ao sistema de saúde. A questão longitudinal está relacionada à oferta dos serviços ao longo do tempo e o vínculo de confiança entre a equipe de saúde e o usuário. A coordenação na prestação do cuidado consiste na responsabilidade da APS pelo cuidado ao usuário em qualquer ponto da rede. A integralidade se relaciona à capacidade de se articular para garantir a continuidade da atenção nos demais níveis de cuidado à saúde. E, por fim, a família, considerada sujeito da atenção, tendo suas necessidades reconhecidas em função do contexto em que está inserida (Starfield, 2002).

Com o aumento do número de casos de aids no Brasil, houve a necessidade de elaborar uma estratégia de intervenção em HIV/aids no Brasil, que está pautada em três pilares – a vigilância epidemiológica, a prevenção e a assistência –, enquanto eixos articulados entre si, na perspectiva da integralidade das ações (Fonseca, 2005). Desde sua instituição no SUS, o programa nacional de HIV/aids voltou-se para uma atuação abrangente em termos de promoção à saúde, proteção dos direitos fundamentais de quem vive com HIV/aids, prevenção da transmissão, redução de danos para os usuários de drogas injetáveis, diagnóstico, tratamento e assistência (Brasil, 1999).

Com referência à atenção em HIV/aids na APS, na versão preliminar do Protocolo de Atenção Básica ao HIV/aids do Ministério da Saúde, se preconiza este nível da atenção como ponto de partida para a realização de um atendimento eficaz e eficiente, por isso a necessidade do fortalecimento do intercâmbio entre os programas de saúde existentes nos estados e município com a rede de Atenção Básica (Georgetti, 2007).

A UBS é um espaço privilegiado para promover mudanças de hábitos e costumes. Reafirma-se que a atenção primária à saúde se encontra no nível de menor densidade e maior complexidade tecnológica. Por isso, faz-se necessário o resgate de habilidades, que muitas vezes são esquecidas pelo uso excessivo de tecnologias (Georgetti, 2007).

Os princípios, diretrizes e estratégias da política nacional de HIV/aids estão ancorados nos princípios do SUS frente às necessidades e direitos das pessoas à saúde (Brasil, 1999). As pessoas que vivem com HIV/aids residem em territórios que são responsabilidade da Atenção Básica, além das medidas de prevenção ao HIV serem tipicamente ações de atenção primária à saúde. As respostas sociais organizadas para o enfrentamento do HIV/aids operam em serviços de saúde.

Há heterogeneidade dos serviços de saúde no âmbito do SUS brasileiro, que prestam atendimento ambulatorial a pessoas que vivem com HIV/aids. Na década de 1990, com a consolidação do Programa Nacional de HIV/aids, entre as diretrizes definidas para a organização da assistência, incluiu-se a instalação do Serviço de Assistência Especializada (SAE). Atendendo a necessidades impostas pela demanda, a rede ambulatorial ganhou importante extensão e ampliação (Brasil, 1999). São serviços ambulatoriais com diferentes configurações institucionais: ambulatório geral ou de especialidades, policlínica, SAE específico para HIV/aids, ambulatório em hospitais, UBS, posto de saúde, entre outros tipos de unidades. Cada vez mais, vem sendo exigida maior atuação da APS, na atenção em HIV/aids, no sentido de ampliar as ações de prevenção e de diagnóstico precoce.

O acesso universal e livre ao tratamento da aids constitui a principal base técnica e ética da assistência aos que vivem com HIV no Brasil. Mantê-lo, mesmo que “simplificado”, é uma solução temporária aceitável para certas regiões. Garantir tratamento acessível e de boa qualidade exige arranjos institucionais e tecnologias específicas e especializadas, dada a heterogeneidade epidemiológica e de aporte de recursos no Brasil (Melchior, Nemes, 2006).

A qualidade da assistência é um importante determinante do sucesso de programas dirigidos a doenças crônicas, como a aids. Além de efeitos na mortalidade e na qualidade de vida dos pacientes, a assistência bem conduzida pode contribuir para o controle da epidemia (Melchior, Nemes, 2006).

Com base na Declaração Política sobre HIV e Aids das Nações Unidas – Intensificando Esforços para Eliminar o HIV e a Aids, firmada em 2011 pelos 22 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), o UNAIDS articulou 10 metas específicas para 2015 visando guiar uma ação coletiva, entre as quais destaca-se (ONU-BR, 2013):

1. Reduzir a transmissão sexual em 50%.
2. Reduzir a transmissão entre usuários de drogas injetáveis em 50%.
3. Eliminar novas infecções entre crianças e reduzir substancialmente o número de mães morrendo por causas relacionadas à aids. [...]
5. Reduzir o número de pessoas vivendo com HIV que morrem devido à tuberculose em 50%. [...]
7. Eliminar as desigualdades de gênero e o abuso e a violência baseados em gênero e ampliar a capacidade de mulheres e meninas de protegerem a si mesmas do HIV. [...].

As metas acima relacionadas reportam-se a ações de prevenção em HIV/aids, que em sua maior parte são realizadas no âmbito da APS.

A aids é uma das poucas doenças que possui uma rede de serviços especializados de saúde. A descentralização das ações de enfrentamento dos problemas de saúde relacionados ao HIV/aids no âmbito da APS, a adoção de estratégias para a redução da transmissão vertical e a realização de campanhas para estimular a realização do teste anti-HIV contribuíram para a reorganização da rede de serviços de saúde de assistência às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). Esse arranjo na rede de serviços refletiu-se nos vários níveis de complexidade do sistema. As inovações tecnológicas no cuidado às PVHA introduziram novas demandas para a assistência (Ferraz, 2008).

Por meio da rede básica de saúde é possível a realização de ações como o acolhimento, acompanhamento das PVHA e a identificação de usuários em situação de maior vulnerabilidade. Sobre isto, Georgetti (2007) afirma que:

A rede básica [...], para ser resolutiva deve estar capacitada no seu nível de competência para realizar o diagnóstico de saúde local, identificando e priorizando os problemas detectados, atuando e buscando resolvê-los em parceria com a comunidade e com os demais setores institucionais, encaminhando adequadamente seus usuários quando necessário. Esse mesmo princípio deve

ser aplicado em ações básicas de promoção, prevenção, assistência e vigilância ao HIV/aids. [...] as UBS têm condições de identificar pessoas em risco, realizar testagem sorológica para o HIV [...]. Mesmo na situação de o tratamento dos pacientes infectados ocorrer em ambulatório especializado ou de referência, a atenção básica [...], deve ter papel fundamental no desenvolvimento de algumas ações desse tipo de acompanhamento (p. 56).

Segundo Capozzolo, Fortuna, Matumoto (2007), a discussão sobre a ampliação das ações de HIV/aids na APS, surgiu da demanda da Coordenação Nacional de HIV/aids, priorizando a transferência de recursos para capacitação das equipes da ESF, incluindo ações de prevenção e assistência ao HIV/aids na APS. Os autores enfatizam que o sucesso na implementação e integração das ações de prevenção e assistência em HIV/aids na APS irá depender do processo de continuidade, apoio e constante qualificação das equipes de gestão e dos trabalhadores.

Takahashi (2006) discute que na atenção em HIV/aids há problemas na forma de organização dos serviços de saúde que levam à vulnerabilidade ao agravo e são os mesmos existentes no sistema de saúde: assistência fragmentada, sobrecarga de trabalho, tempo de espera para o atendimento prolongado, trabalho em equipe que muitas vezes não se faz presente e capacitação insuficiente dos profissionais.

Os poucos estudos que tratam da atenção ao HIV/aids nos serviços de APS, em particular tomando como referência a análise na perspectiva da Vulnerabilidade Programática – ou seja, dos contextos de sua estrutura e organização – tomam como cenário o município de São Paulo. Não foram encontrados estudos que tomam como foco outros estados brasileiros.

Com a realização deste estudo espera-se contribuir para a compreensão do contexto da vulnerabilidade programática e com o desenvolvimento da atenção ao HIV/aids nas UBS do município de

Cuiabá. Para além, espera-se que os resultados possam sensibilizar os gerentes e os gestores, a valorizar as práticas no contexto da APS, acerca da importância da melhoria das ações de prevenção em HIV/aids na APS e, finalmente, fornecer aos gestores locais, informações úteis de forma a contribuir para a qualificação dos serviços oferecidos.

2 OBJETIVOS

---

*O trabalho afasta de nós, três grandes males:
o tédio, o vício e a necessidade.*

Voltaire

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a vulnerabilidade programática ao HIV/aids nas UBS de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as UBS segundo os modelos de organização de atenção à saúde e formação profissional do gerente.
- Identificar o grau de vulnerabilidade programática nas ações de prevenção das UBS na Atenção Primária à Saúde de Cuiabá.
- Discutir as fragilidades e as potencialidades das UBS na atenção ao HIV de Cuiabá.

3 MÉTODO

---

*E nessa estrada quero achar gente doce, límpida, verdadeira e disposta.
Quero topar com luz, desapego e paz.*

Caio F. Abreu

O presente estudo toma como referência conceitual a Vulnerabilidade. Originário do movimento de Direitos Humanos, o termo vulnerabilidade penetra o campo da saúde pública ao compreender e analisar a aids no mundo.

O termo vulnerabilidade é comumente empregado para designar suscetibilidades das pessoas a problemas e danos de saúde (Bertolozzi et al., 2009). As origens desse conceito reportam-se à reflexão sobre as práticas de cuidado e prevenção em HIV/aids, conforme nos apresentam Ayres et al. (2006). Nichiata et al. (2008) ao discutirem as diferenças entre vulnerabilidade e risco, afirmam que apesar de terem estreita relação, são distintos entre si, enquanto o risco indica probabilidades, a vulnerabilidade é um indicador da desigualdade social, abrangendo aspectos que vão além do individual, incluindo aspectos coletivos. Verifica-se que a vulnerabilidade supera o marco do conceito de risco (Muñoz-Sánchez, Bertolozzi, 2007).

Os pesquisadores vêm propondo ampliar o campo das reflexões para além do comportamento individual (Mann, Tarantola, Netter, 1993; Ayres et al., 1996, 1999), compreendendo-o a partir da interação de múltiplos fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, ao reconhecerem que as condições e possibilidades de proteção não se reduzem à simples vontade individual, racionalizada e consciente.

O conceito de vulnerabilidade permite o (re)pensar sobre as práticas de saúde, contribuindo de maneira efetiva para a busca de mudanças que promovam impacto no processo de transformação ao cuidado (Bertolozzi et al, 2009).

Sanchez, Bertolozzi (2007) enfatizam que a operacionalização do conceito de vulnerabilidade pode contribuir para renovar as práticas de saúde coletiva. Favorecendo mudanças por meio de uma assistência mais equânime e solidária, através do fortalecimento do sujeito (Barra et al., 2010). Assim, torna-se

possível a formulação de políticas públicas, ações de prevenção de doenças, bem como promoção da saúde de forma integral e resolutiva (Paz, Santos, Eidt, 2006).

O conceito de vulnerabilidade ao HIV/aids vem sendo desenvolvido desde o final da década de 1980 (Mann, Tarantola, Netter, 1993). As características dessa epidemia e a maneira como ela foi atingindo grupos fez com que se articulasse a incidência do vírus com o contexto socioeconômico, buscando esclarecer quais grupos sociais e indivíduos poderiam estar mais ou menos vulneráveis à epidemia. A vulnerabilidade vem sendo utilizada em várias disciplinas do conhecimento e vem ganhando destaque e atenção nas pesquisas, ações e políticas relacionadas à epidemia HIV/aids (Calazans et al., 2006).

Este conceito surge para suprir lacunas deixadas pelos conceitos de grupo de risco e comportamento de risco, amplamente divulgados e associados a períodos anteriores da infecção pelo HIV (Schaurich, Coelho, Motta, 2006).

Para fazer uma análise de vulnerabilidade, de acordo com Ayres et al. (2006), há que se considerar três eixos que são interdependentes, para se poder compreender as condições em que vivem pessoas e grupos sociais, o que lhes atribui maior ou menor suscetibilidade à infecção pelo HIV, assim como ao adoecimento por aids, quais sejam: as dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade.

Segundo Ayres et al. (2003) as vulnerabilidades são definidas na relação com o outro, seja pessoa ou equipamento social. Nesse sentido, os estudos de vulnerabilidade apresentam-se como recursos interpretativos da condição da pessoa humana nas sociedades modernas. Seus horizontes práticos são de natureza político-cultural, pois desafiam seus pesquisadores a explicitar os determinantes sociais do agravo, a “coletivizar” os compromissos políticos e a construir estratégias de intervenção que atinjam produtiva e efetivamente estes determinantes.

Na dimensão individual, parte-se do princípio de que todas as pessoas são suscetíveis ao HIV e aids. Sua análise implica considerar peculiaridades do modo de vida das pessoas que contribuem para que se exponham ou se protejam ao vírus. Tal vulnerabilidade refere-se à qualidade das informações assimiladas sobre a transmissão da aids, sexualidade, implicações das drogas e uso dos serviços de saúde, para então incorporá-las cotidianamente como práticas de prevenção (Ayres et al., 2006). Para Bertolozzi et al. (2006) a vulnerabilidade individual consiste no conhecimento do indivíduo acerca do agravo e os comportamentos que oportunizam a ocorrência da infecção.

O modo de vida das pessoas remete ao seu contexto, à vida em sociedade, o que leva a considerar a dimensão social da vulnerabilidade, relacionada com o acesso a meios de comunicação e a recursos materiais, o enfrentamento de barreiras culturais, o exercício da cidadania, os espaços das relações de gênero raciais e entre gerações, as crenças e a pobreza (Ayres et al., 2006).

Na organização da atenção de saúde, de forma que os serviços possam dar uma resposta mais efetiva às necessidades das pessoas em relação à abordagem do HIV/aids, além de considerar a vulnerabilidade individual e social, destaca-se ainda o que Ayres et al. (2003) designaram como vulnerabilidade programática. Para esses autores, o plano programático engloba o acesso e a forma de organização dos serviços de saúde e incluem, ainda, programas voltados à prevenção, à assistência e ao controle. Seu planejamento e execução ocorrem em níveis nacional, regional ou local, e os seus executores são os serviços de saúde. Entre esses, nesse estudo destacam-se aqueles responsáveis pela Atenção Primária de Saúde.

A dimensão programática da vulnerabilidade aponta para os esforços programáticos ou institucionais realizados por meio de serviços para produzir as respostas sociais que as pessoas necessitam para se proteger do HIV e aids. Aqui se trata não apenas

dos serviços de saúde, mas especialmente em conjunto com as instituições de educação, bem-estar social e cultura, na sua atuação para superar e não reproduzir as condições de vulnerabilidade socialmente dadas. Assim, as propostas de intervenção são mediadas pelos programas e serviços existentes. O seu comprometimento e abertura à participação dos diversos atores sociais, com estímulo à autonomia dos sujeitos, é fundamental para a compreensão da situação e construção dos caminhos para superação (Ayres et al., 2006; Bertolozzi et al., 2009).

Silva, Val, Nichiata (2010) elaboraram uma síntese das três dimensões da vulnerabilidade frente ao HIV/aids nos seguintes termos, a dimensão individual, que procura entender como o modo de vida os tornam vulneráveis; a dimensão social a qual se relaciona a aspectos culturais e contextuais e a dimensão programática, relaciona-se a atuação das instituições sociais e sua contribuição para a diminuição ou aumento da vulnerabilidade ao HIV/aids.

Quanto à vulnerabilidade programática na atenção primária ao HIV/aids, Takahashi (2006) identificou na literatura especializada duas dimensões assim compreendidas: estrutura e dinâmica da organização dos serviços (acesso aos serviços e insumos, capacitação dos profissionais, articulação entre a equipe da ESF e entre a ESF e outros serviços); e operacionalização das ações (diagnóstico precoce, aconselhamento, grupos educativos e visitas domiciliares).

Takahashi (2006); Nichiata et al. (2008) afirmam que para a enfermagem, a relevância do conhecimento sobre a vulnerabilidade aos agravos de saúde, reside diretamente nas implicações que esta produz na saúde daqueles que são vulneráveis e que, conseqüentemente, identifica suas necessidades de saúde. A análise da vulnerabilidade, segundo as autoras permite conhecer/compreender as diferenças, seja individualmente ou coletivamente, do processo saúde-doença.

Takahashi (2006) propôs a construção de marcadores que podem ser utilizados para avaliar as condições de vida e saúde de indivíduos e grupos, para subsidiar a intervenção orientada para os determinantes do estado de vulnerabilidade. A autora lembra que os três eixos da vulnerabilidade (individual, social e programática) estão ligados entre os seus componentes, formando uma “rede”, os quais não devem ser tratados separadamente na implementação dos marcadores de vulnerabilidade. Os marcadores seguem uma sistematização com fins didáticos, mas que devem ser analisados, considerando-se a sua interrelação.

Os marcadores da dimensão programática são: “estrutura e dinâmica de organização dos serviços de saúde” e a “operacionalização das ações” (Takahashi, 2006).

É pertinente uma distinção entre *indicador de saúde* e *marcador de saúde*. Os indicadores expressam a situação de saúde de grupos e são mais utilizados para quantificar e avaliar informações (Nichiata et al., 2011). Já o termo *marcador de vulnerabilidade* “refere-se a elementos qualificadores que integram as dimensões – individual e coletiva – cuja presença ou ausência definem e caracterizam a dimensão da vulnerabilidade.”

Marcador é o termo usado nesse estudo.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa. Busca-se descrever a realidade de forma a subsidiar mudanças, podendo ser uma ferramenta de gestão e organização importante em sistemas de saúde. Utilizando-se técnicas para a coleta de dados e instrumentos, como questionários e formulários, os dados obtidos são frequentemente tabulados e se transformam

em indicadores que compõem uma série histórica, direcionando ações para melhorias em práticas de atenção à saúde. Os estudos com cortes transversais visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como “fotografias” da realidade (Rouquayrol, Almeida, 2006).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Cuiabá, capital do estado do Mato Grosso. A capital mato-grossense possui uma população de 551.098 habitantes segundo o resultado do Censo do IBGE de 2011, sendo 281.894 do sexo feminino (correspondendo a 51,15% da população) e do sexo masculino 269.204 (48,84% da população), considerado município de grande porte.

Ilustração 1 - Mapa da região metropolitana do município de Cuiabá-MT.

Os municípios de grande porte, Cuiabá e Várzea Grande, respondem juntos por 88,18% da população da região e 25% do estado. São essas duas cidades, Cuiabá (163,88 hab./km²) e Várzea Grande (284,45 hab./km²), que apresentam as maiores densidades da região e do estado. Entre 2000 e 2010 a taxa de crescimento da população de Cuiabá foi de 1,32%, abaixo da média do município de Várzea Grande (1,61%) (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da população segundo área territorial e densidade demográfica dos municípios de grande porte.

Região Baixada Cuiabana, 2010.

Municípios	População 2010		Razão de crescimento (%) 2000-2010	Área Territorial (Km ²)	Densidade Demográfica
	Nº	%			
Várzea Grande	252.7	27,7	1,61	888	284,45
Cuiabá	551.3	60,4	1,32	3.363	163,88

Fonte: Censo do IBGE/2010

A baixada cuiabana é uma região que desde o final dos anos 1980 manteve-se quase inalterada, em termos espaciais. Sua conformação obedeceu a critérios que Viana, Lima (2011) salientam como importantes na constituição de uma região: contiguidade, facilidade de acesso, capacidade instalada, capacidade de gestão e capacidade técnica e política de seus municípios. Atualmente a região engloba 14 municípios como, Acorizal, Barão de Melgaço, Campo Verde, Chapada dos Guimarães, Cuiabá, Jangada, Nobres, Nossa Senhora do Livramento, Nova Brasilândia, Poconé, Rosário Oeste, Santo Antônio do Leverger, Várzea Grande e Planalto da Serra, formando um aglomerado urbano próximo de atingir um milhão de habitantes.

No ranking do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010, Cuiabá aparece na 92ª posição no país com um índice de 0,785, demonstrando uma melhora significativa, já que em 2000 ocupava a 172ª posição no ranking. A dimensão que mais contribuiu para esse crescimento foi a educação (32%), seguida pela longevidade (27%) e por último a renda (20%) (IDHM, 2010¹).

A rede de serviços de saúde pública e privada que presta serviços ao SUS no município de Cuiabá é composta de 190 unidades, onde 156 estão em gestão pública municipal (Cuiabá, 2012), e o restante em gestão privada. O sistema de saúde de Cuiabá está constituído por unidades assistenciais públicas e pelo sistema suplementar (setor filantrópico e privado). É organizado em níveis de atenção primária, secundária e terciária.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a atenção primária no município é composta de 85 unidades (20 centros de saúde, 60 Programa de Saúde da Família, 5 unidades no modelo “misto”). A atenção secundária conta com 61 unidades de Atenção Especializada (seis Policlínicas, um Centro de Reabilitação, cinco Núcleos de Reabilitação, nove Residências Terapêuticas, três Centros de Atenção Psicossocial, dois Laboratórios de análises clínicas – um municipal e um estadual –, um Laboratório de análises clínicas contratado, um Centro de Especialidades Médicas, um Serviço Ambulatorial Especializado, trinta e dois Serviços de Apoio, Diagnóstico e Terapêutico e um Centro de Controle de Zoonoses). A atenção terciária contempla 22 unidades Hospitalares (um Hospital e Pronto Socorro Municipal, um Hospital Federal Universitário Júlio Muller, três Hospitais Filantrópicos e 18 hospitais contratados). O município possui 1.882 leitos hospitalares que atendem doentes referenciados de todos os

---

¹ O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

municípios de Mato Grosso. Todos os estabelecimentos encontram-se no CNES, e destes estabelecimentos, 62,9% estão vinculados ao SUS (CNES, 2013).

O fato de Cuiabá não ter na APS entidades qualificadas como Organizações Sociais de Saúde (OSS), é motivo para discussão e reflexão. A OSS pode ser responsável por diversas atividades, desde a contratação de recursos humanos das equipes de saúde da família até a complementação salarial de médicos e enfermeiros. Assumem a gestão administrativa das unidades e de repasse de recursos financeiros das equipes, a realização de educação permanente, coordenação e supervisão direta das equipes de saúde da família (Ibañez et al., 2001; Bousquat, Cohn, Elias, 2006; Val, 2012).

As OSS são respaldadas na Lei n 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação das OSS (Brasil, 1998). Val (2012) justifica que algumas das vantagens de haver o gerenciamento das OSS nas unidades são a modernização da gestão da saúde, maior agilidade e a melhora da prestação de serviços à população.

No entanto, existem argumentos contrários à implantação das OSS. Segundo Val (2012) as entidades de trabalhadores da saúde e grupos organizados atuantes nos conselhos de saúde federais, estaduais e municipais são contra as OSS, gerando conflitos políticos entre os conselhos de saúde e os gestores do SUS.

Ibañez et al. (2001) salientam a necessidade de avaliar os processos de desenvolvimento institucional das OSS/SUS, em que se enfatizem os processos, tendo por base as necessidades de saúde local e regional.

Independente das controvérsias ao se falar das OSS/SUS, é de suma importância que a APS do município de Cuiabá, dialogue

sobre o assunto com os gestores, gerentes, conselhos regionais de saúde e a população.

O município de Cuiabá possui quatro regionais de saúde divididas entre os bairros da capital. A região norte é formada por 67 localidades (loteamento regular, loteamento clandestino, assentamento informais, núcleos habitacionais) distribuídas em 10 bairros e 2 áreas de expansão urbana. A região leste possui 111 localidades em 49 bairros e 1 área de expansão. A região oeste tem 98 localidades em 24 bairros e 1 área de expansão. Já a região sul possui 102 localidades distribuídas em 10 bairros e 2 áreas de expansão (Cuiabá, 2010). Essa é a regional com maior população, conforme Censo IBGE (2010), num total de 117.513 habitantes.

Ilustração 2 - Mapa das regionais de saúde do município de Cuiabá-MT

Quadro 1: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS), número e (%) cobertura populacional de Agente Comunitário de Saúde (ACS), Equipe de Saúde da Família (ESF).

Região da Baixada Cuiabana, 2013.

Municípios	Unidades Básicas de Saúde (UBS)				ACS		ESF	
	UBS e PSF	Unidade saúde da família	Centro de saúde	Total				
	Nº	%	Nº	%				
Várzea Grande	-	12	-	12	173	41,4	12	21,5
Cuiabá	7	63	22	85	375	38,4	63	38,7
Grandes Municípios	7	75	22	97	548		75	

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB.

O **Quadro 1** revela que no município de Cuiabá e Várzea Grande existe uma baixa cobertura populacional por agente comunitário de saúde (ACS) e por equipes de saúde da família. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) de 2012, a estimativa da população com cobertura pelos ACS em Cuiabá é de 38,4%, enquanto a ESF cobre apenas 38,7% da população.

O Programa Estadual de HIV/aids e Hepatites Virais de Mato Grosso está vinculado à Superintendência de Vigilância em Saúde e tem como função, assessorar os municípios na condução da política de controle da epidemia e assistência às pessoas vivendo com HIV e aids (Dantas, 2012).

3.3 SUJEITOS DE PESQUISA

Os sujeitos do estudo foram os gerentes. Nas unidades de saúde da família na figura do enfermeiro e nas unidades básicas de saúde “tradicional e mista” na figura do gerente. Essa escolha deve-se ao fato de que nas UBS tradicionais e mistas o gerente é responsável pela unidade e nas unidades da ESF o enfermeiro que desempenha essa função.

Todos os gerentes participantes da pesquisa foram orientados pela pesquisadora, a se reunir com a equipe da unidade para responder a pesquisa.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA

Para a coleta dos dados foi aplicado um instrumento **(APÊNDICE 1)**, elaborado na pesquisa “Enfrentamento do HIV/aids nas unidades básicas de saúde do município de São Paulo” (Val, 2012), com 51 questões mistas (respostas abertas e fechadas) contendo cinco blocos:

1. Identificação;
2. Caracterização geral da unidade básica de saúde;
3. Infraestrutura, materiais e equipamentos para realização das ações de prevenção e assistência em HIV/aids;
4. Caracterização das ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção em HIV/aids;
5. Caracterização geral em relação ao HIV/aids

Para sua aplicação em Cuiabá, o instrumento foi pré-testado quanto a sua extensão e facilidade de compreensão das questões, contando com a participação de sete gerentes de unidades de saúde da família, do município de Chapada dos Guimarães, que fica a 60 km da capital mato-grossense e tem 18.000 habitantes (IBGE, 2010). Os pré-testes foram realizados de 10 a 30 de março de 2014. Depois da aplicação do pré-teste, em reuniões individuais com os gerentes participantes, discutiram-se as opiniões em relação ao instrumento. Não houve sugestão, de tal forma foi aplicado em Cuiabá o mesmo instrumento utilizado no município de São Paulo (Val, 2012).

3.5 COLETA DOS DADOS

Como uma entrada inicial de aproximação ao campo e buscando obter autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para realização da pesquisa em suas UBS, foi apresentado o instrumento à Coordenadoria de Atenção Básica e a dois representantes das regionais de saúde no município. Durante a reunião, todos os presentes se mostraram interessados na execução do projeto, destacadamente no que se refere ao compromisso assumido pela pesquisadora em realizar as devolutivas, após as análises dos dados, em cada uma das quatro regionais da SMS: norte, sul, leste, oeste.

Como estratégia para início do processo de coleta dos dados, foi programada com o gestor municipal e com a coordenadoria de Atenção Básica, uma nova reunião com a presença de todos os quatro representantes das regionais de saúde de Cuiabá, onde o projeto foi apresentando.

Com a intermediação dos coordenadores das regionais de saúde foram realizadas reuniões com os gerentes das unidades de

APS em cada regional da SMS. A primeira reunião foi realizada com a regional oeste, com a participação do coordenador, enfermeiros e gerentes dos centros de saúde. Por conseguinte, nos meses de junho, julho e agosto de 2014, foram realizadas reuniões com a regional leste, sul e norte, respectivamente. Nessa ocasião, buscou-se sensibilizar os responsáveis pelas UBS para adesão à pesquisa.

Como as unidades de saúde do município de Cuiabá não são informatizadas, o instrumento foi entregue durante as reuniões realizadas em cada regional, em duas vias em envelope selado e endereçado a pesquisadora. A coleta de dados ocorreu no período de 01 de junho a 01 de julho de 2014, totalizando 40 instrumentos respondidos (58% de aceite). Como última alternativa para ampliar a adesão dos sujeitos do estudo, foi oferecida a opção de recolhimento do instrumento na unidade. O período para essa opção foi de 10 de julho a 05 de agosto de 2014, alcançando mais 29 instrumentos respondidos, totalizando 69 instrumentos preenchidos, 81% do total de Unidades Básicas existentes.

A rede administrativa é diferenciada nas regionais de saúde, exigindo diferentes abordagens. O processo de entrega dos convites aos supervisores influenciou no aceite à pesquisa. Nas regionais oeste e leste que têm coordenadores mais participativos obteve-se adesão total à pesquisa. Nas regionais sul e norte, onde os coordenadores estavam há pouco tempo no cargo (na regional sul houve troca de coordenador durante a aplicação a pesquisa), houve maiores dificuldades para aceitação da pesquisa.

Os gerentes fizeram durante a reunião o seu aceite da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; só após o seu preenchimento, o sujeito tinha acesso ao instrumento. O termo foi então entregue em duas vias, uma sendo do sujeito e outra da pesquisadora **(APÊNDICE 2)**.

Foi entregue juntamente com o instrumento da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o documento de alvará da Prefeitura Municipal de Cuiabá (com a autorização para

realização da pesquisa em todas as unidades da rede básica do município) e a Carta de Apresentação da Pesquisa, em que o sujeito é informado sobre sua participação e a utilização de suas respostas como dados para fundamentar a pesquisa. Nesse momento também foram esclarecidas dúvidas quanto ao sigilo e à preservação da identificação na análise dos dados coletados.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise desse estudo, os elementos do instrumento foram classificados segundo o que se estabeleceu no estudo de Val (2012). As vulnerabilidades programáticas foram analisadas segundo os elementos extraídos das questões do instrumento de pesquisa:

- a) Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em HIV/aids (composto por 16 elementos – a frequência e a quantidade dos insumos de contracepção e prevenção, exames laboratoriais, dos materiais educativos, das disposição das salas e consultório para atendimento da população com relação ao HIV/aids);
- b) Respostas às Necessidades de Tratamento em HIV/aids (composto por 7 elementos – o tratamento da candidíase, da sífilis, da tricomoníase e da clamídia na gestante e no(s) parceiro(s) e o atendimento baseado na abordagem sindrômica);
- c) Ações de Pré-Natal e Puerpério em relação a atenção ao HIV/aids (composto por 11 elementos – oferta de testes para detecção da sífilis, anti-HIV, Hepatite B e C, Papanicolaou, tempo para marcar a primeira consulta de pré-natal, a abordagem consentida, a comunicação do diagnóstico, a

busca ativa do parceiro, notificação da sífilis na gestante, se há hospital de referência);

d) Ações de Prevenção em Relação ao HIV/aids (composto por 10 elementos – oferta de teste anti-HIV, capacitação dos profissionais na abordagem sindrômica, no aconselhamento, busca ativa do usuário e seu parceiro, notificação da sífilis, se realiza aconselhamento e abordagem consentida para o HIV);

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

Esse estudo, além de outras pesquisas relacionadas ao assunto, serve de direcionamento e incentivo para discutir as questões de vulnerabilidade programática na APS do município de Cuiabá, Mato Grosso.

Existem diferenças de organização da APS entre o município de São Paulo e Cuiabá. A falta de estudos e informações da prefeitura e estado sobre a saúde em nível de atenção primária fortalece a importância de analisar os marcadores de vulnerabilidade programática em Cuiabá.

No estudo de Val (2012) os elementos de vulnerabilidade programática foram classificados conforme é preconizado ou recomendado pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de SP. O valor “1”, na resposta ao elemento de um marcador, significa que uma determinada condição é atendida e “0” quando não atendeu a condição. Identificando as vulnerabilidades programáticas para efetivação da integralidade e seus desafios para superação em relação ao HIV/aids **(QUADRO 2)**.

Quadro 2: Marcadores de Vulnerabilidade Programática de Estrutura e Dinâmica de Organização do Serviço de Saúde e de Operacionalização das Ações na Atenção Básica ao HIV/aids.

Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em HIV/aids (16 elementos)		
Especificação do elemento	Não atende (Valor 0)	Atende (Valor 1)
Consultório permite privacidade visual/auditiva para atendimento em HIV/aids	Não ou parcialmente, apenas privacidade visual ou auditiva.	Sim, tanto visual quanto auditiva.
Sala para realização de atividade educativa	Não	Sim
Disponibilidade de materiais básicos para atividade educativa	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 HIV
Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Pílula	Às vezes ou nunca	Sempre
Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Injetável	Às vezes ou nunca	Sempre
Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: DIU	Às vezes ou nunca	Sempre
Distribuição regular de	Às vezes ou	Sempre

insumos de contracepção e prevenção: Preservativo Masculino	nunca	
Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Pílula	Insuficiente	Suficiente
Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Injetável	Insuficiente	Suficiente
Quantidade de insumos de contracepção e prevenção	Insuficiente	Suficiente
Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Preservativo masculino	Insuficiente	Suficiente
Quantidade de exames laboratoriais: Sífilis	Insuficiente	Suficiente
Quantidade de exames laboratoriais: Anti-HIV	Insuficiente	Suficiente
Quantidade de exames laboratoriais: Sorologia Hepatite B	Insuficiente	Suficiente
Coleta diária de exames laboratoriais em geral	1, 2, 3 ou 4 vezes por semana	Diariamente
Exame para gravidez imediata em caso de atraso menstrual	Não	Sim

Respostas às Necessidades de Tratamento em HIV/aids (7 elementos)		
Especificação do elemento	Não atende (Valor 0)	Atende (Valor 1)
Faz tratamento com Penicilina Benzatina quando diagnóstico de	Não ou sim, em dia e horário	Sim, em qualquer dia e horário

sífilis na gestante	marcado	
Indica tratamento com Penicilina Benzatina, sem pedido ou resultado de exame do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis	Não	Sim
Realiza tratamento da candidíase	Não	Sim
Realiza tratamento da sífilis	Não	Sim
Realiza tratamento da tricomoníase	Não	Sim
Realiza tratamento da clamídia	Não	Sim
Faz atendimento com base na abordagem síndrome	Não	Sim

Ações de Pré-Natal e Puerpério em relação à Atenção ao HIV/aids (11 elementos)		
Especificação do elemento	Não atende (Valor 0)	Atende (Valor 1)
Agenda da primeira consulta de pré-natal é até duas semanas	Não	Sim
A oferta do exame de Papanicolaou às gestantes é um procedimento padrão	Não	Sim
Oferece teste de detecção de sífilis à gestante no 1º e 3º trimestre da gestação	Não	Sim
Faz teste de detecção da Hepatite B no pré-natal	Não	Sim
Faz teste de detecção da Hepatite C à gestante	Não	Sim
Faz teste de detecção de HIV no pré-natal	Não, ou sim, só com o aconselhamento pré-teste ou pós-teste, ou sem aconselhamento	Sim, com aconselhamento pré e pós-teste.

	to pré e pós-teste	
Realiza abordagem consentida para solicitação de teste para HIV à gestante	Não ou desconheço o que seja abordagem consentida	Sim
Realiza busca ativa para comparecimento do parceiro da gestante com diagnóstico de HIV	Não	Sim
Notifica o diagnóstico de sífilis da gestante	Não	Sim
Tem hospital de referência para o parto da gestante HIV positiva	Não	Sim

Ações de Prevenção em Relação ao HIV/aids (10 elementos)		
Especificação do elemento	Não atende (Valor 0)	Atende (Valor 1)
Profissionais capacitados para realizar o aconselhamento na oferta do teste de HIV	Não	Sim
Realiza ação para comparecimento do(a) parceiro(a)	Não	Sim
Realiza ação para comparecimento do(a) parceiro(a) quando há caso específico de HIV	Não	Sim
Faz busca ativa de usuários que não comparecem à unidade	Não	Sim
Equipe multiprofissional faz o preenchimento da notificação de exame positivo para detecção de sífilis	Não	Sim

Realiza teste para HIV, na população em geral, em qualquer dia da semana	Não ou a coleta é em dia específico	Sim, em qualquer dia da semana
Faz aconselhamento para o exame de HIV	Não	Sim, pré e pós-teste
O tempo médio do retorno do resultado do exame de HIV positivo à unidade é de até 7 dias	Não	Sim
Realiza abordagem consentida ao pedir exame de HIV	Não ou desconheço o que seja abordagem consentida	Sim

Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/aids e Maternidade (8 elementos)		
Especificação do elemento	Não atende (Valor 0)	Atende (Valor 1)
Faz a notificação do diagnóstico de HIV da gestante	Não	Sim
Fornece ficha de encaminhamento e marca consulta na referência em HIV/aids (CRT e SAE) das gestantes diagnosticadas com HIV	Não	Sim
Existe retorno das informações à unidade, após o encaminhamento das gestantes às referências HIV/aids (CRT e SAE)	Não	Sim
Existe retorno para a unidade sobre o parto da gestante HIV encaminhada	Não	Sim
Faz o agendamento na referência em HIV/aids,	Não	Sim

quando diagnostica resultado positivo para HIV		
Existe fluxo de referência/contrarreferência dos pacientes encaminhados à especialidade em HIV/aids	Não	Sim
Faz o acompanhamento dos casos encaminhados à referência em HIV/aids	Não	Sim

Com base na soma dos valores ponderados para cada um dos elementos, foi obtido um valor mínimo e máximo de pontos. Dessa forma, as UBS foram classificadas de acordo com o grau de vulnerabilidade programática, sendo Alta (abaixo de 25%), Média (25 a 75%) e Baixa (acima de 75%) vulnerabilidade **(QUADRO 3)**.

Quadro 3: Marcadores de Vulnerabilidade Programática. Pontos e Grau da Vulnerabilidade Programática.

Município de Cuiabá-MT, 2014.

Marcador	Vulnerabilidade Alta (abaixo de 25%)	Vulnerabilidade Média (25 a 75%)	Vulnerabilidade Baixa (acima de 75%)	Total
Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em HIV/aids (16 elementos)	0 a 4	5 a 12	13 a 16	16
Respostas às Necessidades de Tratamento	0 a 2	3 a 5	6 a 7	7

em HIV/aids (7 elementos)				
Ações de Pré-Natal e Puerpério em relação à Atenção ao HIV/aids (11 elementos)	0 a 3	4 a 7	8 a 11	11
Ações de Prevenção em Relação ao HIV/aids (10 elementos)	0 a 3	4 a 7	8 a 10	10
Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/aids e Maternidade (8 elementos)	0 a 2	3 a 5	6 a 8	8

A construção de uma escala de vulnerabilidade não se limita a medir a vulnerabilidade nas UBS, mas a explicitar de forma crítica as formas de operacionalização, organização e realização das ações nos serviços de saúde (Val, 2012).

As informações alcançadas no instrumento compuseram um banco de dados, analisados segundo os marcadores de vulnerabilidade programática, no programa *Microsoft Office Excel*, 2007.

3.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Há que se destacar a não diferenciação de pesos de importância entre os elementos e marcadores de vulnerabilidade utilizados.

Não foi possível identificar se a resposta ao instrumento teve a participação da equipe, conforme orientação prévia.

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, através da Plataforma Brasil e da Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá-MT e somente após as duas autorizações que foram colhidos os dados para pesquisa 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 544.082 (**ANEXO A**) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Cuiabá (**ANEXO B**).

4 RESULTADOS

---

*Cada pessoa é aquilo que crê, fala do que gosta, retém o que procura,
ensina o que aprende; tem o que dá e vale o que faz.*

Chico Xavier

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UBS

A caracterização geral das UBS foi realizada de acordo com os tipos de atenção, ou seja, ESF, UBS com ESF ou Centro de Saúde (CS). Participaram do estudo 69 gerentes das UBS do Município de Cuiabá, correspondendo a um (81%) de aceite. Houve diferença na adesão da pesquisa entre as regionais, as UBS das regionais oeste e leste tiveram 100% participação.

No estudo, a maior parte, 63,8% das unidades, é do tipo Estratégia da Saúde da Família, seguida do tipo Centro de Saúde exclusiva tradicional 29% e por fim em minoria 7% do tipo UBS com ESF na mesma unidade.

Tabela 2: Distribuição das UBS segundo Regionais de Saúde e Modelos de Organização da Atenção à Saúde.
Município de Cuiabá-MT, 2014.

Modelos de Organização de Atenção à Saúde								
Regional de Saúde	ESF		UBS com ESF		UBS		Total	
	exclusiva		(mista)		(tradicional)			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Oeste	10	55,5	1	5,5	7	38,9	18	100,0
Leste	10	52,6	1	5,2	8	42,1	19	100,0
Sul	13	76,5	2	11,8	2	11,8	17	100,0
Norte	9	70,0	3	15,0	3	15,0	15	100,0
Total	44	63,8	5	7,2	20	29,0	69	100,0

Na gerência das UBS, grande maioria é de profissionais com nível superior de ensino, sendo 79,1% deles enfermeiros. Foram identificados 14,5% gerentes com outras formações. Além de quatro unidades (5,8%) gerenciadas por profissional com nível técnico de formação (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos gerentes das UBS segundo formação profissional e Regional de Saúde.
Município de Cuiabá-MT, 2014.

Formação Profissional	Regional de Saúde									
	Oeste		Leste		Sul		Norte		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermeiro	12	66,6	13	68,4	16	94,1	14	93,3	55	79,1
Técnico de Enfermagem	2	11,1	2	15,8	0	0,0	0	0,0	4	5,8
Assistente social	3	16,6	2	15,8	1	5,8	0	0,0	6	8,7
Psicólogo	1	5,5	2	15,8	0	0,0	1	6,6	4	5,8
Total	18	100,0	19	100,0	17	100,0	15	100,0	69	100,0

4.2 AS UBS E OS MARCADORES DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

4.2.1 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS E A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

Baseado no conceito da Vulnerabilidade Programática, as medidas de prevenção estão estruturadas na forma de seus cinco marcadores definidos. Foi possível identificar que grande parte das UBS, analisadas no presente estudo, atende ao esperado na maioria dos elementos avaliados por marcador. Apenas nos marcadores que analisam a Integração do serviço e as Ações de Prevenção é que as UBS do município se encontram em maior grau de vulnerabilidade programática. Deve-se lembrar que esta análise representa um período e a situação pode se modificar ao longo do tempo. No decorrer da dissertação, serão discutidas as potencialidades e fragilidades identificadas empiricamente em cada elemento.

No marcador **Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em HIV/aids – 16 elementos (tabela 4)**, em 81,2% das UBS há disponibilidade de materiais básicos para realização de atividade educativa, embora não haja sala para sua realização. Quase 80% das UBS afirmou que o consultório permite privacidade visual e auditiva para as consultas.

Quanto aos insumos, quando se fala da distribuição regular de contracepção e prevenção, nos últimos três meses, as unidades frequentemente tiveram disponíveis, os insumos para contracepção: pílula (89,8%), injetável (73,9%) e preservativo masculino (95,6%). Quanto à quantidade de insumos de contracepção e prevenção, consideram que eram suficientes na maioria das UBS, sendo a pílula, 92,7% e 91,3% para preservativo masculino. Já o contraceptivo injetável 78,3% em todas as unidades.

Em 100% das unidades do estudo responderam positivamente quanto à quantidade suficiente de exames laboratoriais para detecção de sífilis, HIV e Hepatite B.

Tabela 4: Distribuição das UBS segundo o marcador de vulnerabilidade programática: Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em HIV/aids e respostas afirmativas aos elementos.
Município de Cuiabá-MT, 2014.

Marcador de Vulnerabilidade Programática	Respostas Afirmativas aos elementos (N=69)	
	Nº	%
Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em HIV/aids (16 elementos)		
1. Consultório permite privacidade visual/auditiva para atendimento em HIV/aids.	55	79,7
2. Sala para realização de atividade educativa.	45	65,2
3. Disponibilidade de materiais básicos para atividade educativa.	56	81,2
4. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Pílula.	62	89,8
5. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Injetável.	51	73,9
6. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: DIU.	0	0,0
7. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Preservativo Masculino.	66	95,6
8. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Pílula.	64	92,7

9. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Injetável.	54	78,3
10. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: DIU.	0	0,0
11. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Preservativo masculino.	63	91,3
12. Quantidade de exames laboratoriais: Sífilis.	69	100,0
13. Quantidade de exames laboratoriais: Anti-HIV.	69	100,0
14. Quantidade de exames laboratoriais: Sorologia Hepatite B.	69	100,0
15. Coleta diária de exames laboratoriais em geral.	0	0,0
16. Exame para gravidez imediata em caso de atraso menstrual.	0	0,0

Em relação às **Respostas dos serviços às Necessidades de Tratamento em HIV/aids – 7 elementos (Tabela 5)**, a maioria das unidades afirmou realizar tratamento, considerando os últimos três meses indicados na pesquisa, 100% delas realizam tratamento para candidíase, 98,5% para tricomoníase e 92,7% para clamídia.

Identificou-se que na maioria das UBS ocorria o atendimento com base na abordagem sindrômica, chegando a 88,4% das unidades de estudo, ainda que em item posteriormente avaliado os profissionais de saúde tenham afirmado que não haviam sido capacitadas para tal 42%.

Tabela 5: Distribuição das UBS segundo o marcador de vulnerabilidade programática: Respostas às Necessidades de Tratamento em HIV/aids e respostas afirmativas aos elementos. Município de Cuiabá-MT, 2014.

Marcador de Vulnerabilidade Programática	Respostas Afirmativas aos elementos (N=69)	
	Nº	%
Respostas às Necessidades de Tratamento em HIV/aids (7 elementos)		
1. Faz tratamento com Penicilina Benzatina quando diagnóstico de sífilis na gestante.	0	0,0
2. Indica tratamento com Penicilina Benzatina, sem pedido ou resultado de exame, do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis.	48	69,6
3. Realiza tratamento da candidíase.	69	100,0
4. Realiza tratamento da sífilis.	43	62,3
5. Realiza tratamento da tricomoníase.	68	98,5
6. Realiza tratamento da clamídia.	64	92,7
7. Faz atendimento com base na abordagem sindrômica.	61	88,4

Nos elementos do **marcador Ações de Pré-Natal e Puerpério em relação a atenção ao HIV/aids – 11 elementos (Tabela 6)**, sobre o elemento que trata da agenda da primeira consulta de pré-natal, que é marcada em até duas semanas, 91,3% das unidades diz que o faz.

Quanto aos exames laboratoriais à gestante para detecção de condição prévia de possíveis infecções, cai o percentual das UBS quanto à oferta do teste de sífilis no primeiro e terceiro trimestre da

gravidez, sendo realizado em apenas 72,4% das unidades. Para os exames de detecção das hepatites B e C observa-se maior percentual de unidades que ofertavam sorologia, maior para hepatite B do que para C, chegando a 100% para hepatite B e 85,5% para hepatite C. Mesmo número de unidades que realizou teste para HIV nos últimos três meses.

Em 75,4% das unidades a comunicação do diagnóstico da gestante é realizada por equipe multiprofissional. A maioria também realizou busca ativa para o comparecimento do parceiro da gestante com diagnóstico HIV, chegando a 97,1% das unidades.

Quanto à notificação do diagnóstico de sífilis da gestante, 100% das unidades responderam que fazem-no. Grande maioria, 92,7% das UBS, identificou hospital de referência para o parto da gestante HIV positiva.

Tabela 6: Distribuição das UBS segundo o marcador de vulnerabilidade programática: Ações de Pré-Natal e Puerpério em relação à atenção ao HIV/aids e respostas afirmativas aos elementos.

Município de Cuiabá-MT, 2014.

Marcador de Vulnerabilidade Programática	Respostas Afirmativas aos elementos (N=69)	
	Nº	%
Ações de Pré-Natal e Puerpério em relação a atenção ao HIV/aids (11 elementos)		
1. Agenda da primeira consulta de pré-natal é até duas semanas.	63	91,3
2. A oferta do exame de Papanicolaou às gestantes é um procedimento padrão.	39	56,5

3. Oferece teste de detecção de sífilis à gestante no 1º e 3º trimestre da gestação.	50	72,4
4. Faz teste de detecção da Hepatite B no pré-natal.	69	100,0
5. Faz teste de detecção da Hepatite C à gestante.	59	85,5
6. Faz teste de detecção de HIV no pré-natal.	59	85,5
7. Realiza abordagem consentida para solicitação de teste para HIV à gestante.	53	76,8
8. A comunicação do diagnóstico de HIV à gestante é realizada por equipe multiprofissional.	52	75,4
9. Realiza busca ativa para comparecimento do parceiro da gestante com diagnóstico de HIV.	67	97,1
10. Notifica o diagnóstico de sífilis da gestante.	69	100,0
11. Tem hospital de referência para o parto da gestante HIV positiva.	64	92,7

No marcador **As estratégias de prevenção em relação ao HIV/aids, estão consideradas num conjunto de ações – 10 elementos (Tabela 7)**, as ações que tratam de busca de comunicantes eram feitas na maioria das unidades do estudo (71,2%) em HIV. Da mesma forma, era feita a busca ativa dos usuários que não comparecem a unidade, em 95,6% delas.

Na maioria, 76,8% das UBS, era a equipe multiprofissional que fazia o preenchimento da notificação de exame positivo para detecção de sífilis. E 69,8% de unidades realizam a abordagem consentida ao pedir exame de HIV.

Tabela 7: Distribuição das UBS segundo o marcador de vulnerabilidade programática: Ações de prevenção em relação ao HIV/aids e respostas afirmativas aos elementos.

Município de Cuiabá-MT, 2014.

Marcador de Vulnerabilidade Programática	Respostas Afirmativas aos elementos (N=69)	
	Nº	%
Ações de prevenção em relação ao HIV/aids (10 elementos)		
1. Profissionais capacitados para realizar o atendimento por abordagem sindrômica	29	42,0
2. Profissionais capacitados para realizar o aconselhamento na oferta do teste de HIV.	32	46,4
3. Realiza ação para comparecimento do (a) parceiro (a)	64	92,7
4. Realiza ação para comparecimento do (a) parceiro (a) quando há caso específico de HIV.	49	71,2
5. Faz busca ativa de usuários portadores que não comparecem à unidade.	66	95,6
6. Equipe multiprofissional faz o preenchimento da notificação de exame positivo para detecção de sífilis.	53	76,8
7. Realiza teste para HIV, na população em geral, em qualquer dia da semana.	0	0,0
8. Faz aconselhamento para o exame de HIV.	30	43,5
9. O tempo médio do retorno do resultado do exame de HIV positivo à unidade é de até 7 dias.	0	0,0
10. Realiza abordagem consentida ao pedir exame de HIV.	48	69,6

No marcador de vulnerabilidade programática **Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/aids e maternidade – 8 elementos (Tabela 8)**, os elementos que tratam da notificação de HIV e sífilis de gestante, respectivamente, foram aqueles com maior percentual de unidades que atenderam a condição, sendo que 100% das UBS afirmou que faz a notificação do diagnóstico de HIV da gestante e 79,1% afirma que existe fluxo de notificação de sífilis congênita na maternidade.

Em todas as unidades, a realização do fluxo de comunicação de referência/contrarreferência dos pacientes encaminhados à especialidades em aids, foi muito baixa. Isso é um reflexo da falta de integração das ações entre os serviços de saúde e maternidade, o que faz cair o percentual de todas as unidades de saúde do estudo.

Tabela 8: Distribuição das UBS segundo o marcador de vulnerabilidade programática: Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/aids e maternidade e respostas afirmativas aos elementos.

Município de Cuiabá-MT, 2014.

Marcador de Vulnerabilidade Programática	Respostas Afirmativas aos elementos (N=69)	
	Nº	%
Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/aids e maternidade (8 elementos)		
1. Existe fluxo de notificação de sífilis congênita na maternidade.	55	79,1
2. Faz a notificação do diagnóstico de HIV da gestante.	69	100,0
3. Fornece ficha de encaminhamento e marca consulta na referência em HIV/aids (CRT e SAE)	36	52,2

das gestantes diagnosticadas com HIV.		
4. Existe retorno das informações à unidade, após o encaminhamento das gestantes às referências HIV/aids (CRT e SAE).	33	47,8
5. Existe retorno para a unidade sobre o parto da gestante HIV encaminhada.	21	30,4
6. Faz o agendamento na referência em HIV/aids, quando diagnostica resultado positivo para HIV.	36	52,2
7. Existe fluxo de referência/contrarreferência dos pacientes encaminhados à especialidade em HIV/aids.	22	31,9
8. Faz o acompanhamento dos casos encaminhados à referência em HIV/aids.	28	40,6

Em relação ao marcador de **Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência em HIV/aids** (Tabela 4), 100% das UBS foi classificada como média vulnerabilidade programática. O marcador **Respostas às Necessidades de Tratamento em HIV/aids** (tabela 5), 42 unidades (60,9%) foi classificada como média vulnerabilidade programática e 39,1% como baixa.

Analisando as UBS segundo o grau de vulnerabilidade programática de acordo com o marcador das **Ações de Pré-natal e Puerpério em Relação a Atenção ao HIV/aids** (Tabela 6), tiveram percentual de baixa vulnerabilidade 92,8%.

No marcador **Ações de Prevenção em Relação ao HIV/aids** (tabela 7), a maioria das unidades foi classificada como média vulnerabilidade programática 84%, no entanto nesse marcador, há 8 (11,6%) UBS em alta vulnerabilidade programática.

Com relação ao marcador **Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/aids e maternidade** (tabela 8), 11,6% das

unidades classificou-se como alta vulnerabilidade programática, 63,7% em média e 24,6% em baixa vulnerabilidade programática.

Tabela 9: Distribuição das UBS segundo marcador de vulnerabilidade e grau de vulnerabilidade programática. Município de Cuiabá-MT, 2014.

Marcador de Vulnerabilidade	Grau de Vulnerabilidade Programática		
	Alta %	Média %	Baixa %
Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em HIV/aids	-	69 (100,0%)	-
Respostas às Necessidades de Tratamento em HIV/aids	-	42 (60,9%)	27 (39,1%)
Ações de Pré-Natal e Puerpério em relação a atenção ao HIV/aids	-	5 (7,2%)	64 (92,8%)
Ações de Prevenção em Relação ao HIV/aids	8 (11,6%)	58 (84%)	3 (4,3%)
Integração das Ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/aids e maternidade	8 (11,6%)	44 (63,7%)	17 (24,6%)

A prevenção ao HIV/aids a partir do referencial da vulnerabilidade amplia as possibilidades de compreensão e reflexão acerca das situações que podem torná-las mais ou menos vulneráveis.

5 DISCUSSÃO

Enquanto houver vontade de lutar haverá esperança de vencer.

Santo Agostinho

Tomando como perspectiva o enfrentamento da epidemia da aids, a atualidade do debate e a inexistência de produção acadêmica que trata especificamente da atenção à saúde voltada ao HIV/aids na cidade de Cuiabá, apresenta-se a análise sobre a vulnerabilidade programática ao HIV, a partir das UBS deste município. Parte-se do pressuposto de que a reflexão e a compreensão sobre o objeto do estudo contribuem para o aprimoramento da atenção ao HIV na APS.

5.1 OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E A FORMAÇÃO DO GERENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CUIABÁ

Na cidade de Cuiabá há uma diversidade na forma de organização da atenção à saúde em relação às UBS, sendo na maioria ESF 63,8% ou “tradicional” 29% (Brasil, 2014), lembrando que o estudo obteve 81% de adesão. Este percentual de ESF é maior do que algumas capitais, como Campo Grande – Mato Grosso do Sul, vizinho a Cuiabá, que conta com pouco mais da metade (56%) de ESF (MS, 2014) e São Paulo (39%) (Val, 2012; Brasil, 2014).

Este dado deve ser relativizado, porque apesar de Cuiabá possuir maior percentual de unidade no modelo organizacional de ESF, o quantitativo de 63 equipes de saúde, pode ser considerado aquém da necessidade, quando se observa a cobertura de 39% da população, abaixo do parâmetro considerado satisfatório (75%) (Cuiabá, 2013; Brasil, 2014). Segundo o Ministério da Saúde, cada ESF deve atuar numa área de cobertura entre 3 a 4 mil habitantes,

no máximo, ou seja, 209.417 do total da população do município é coberta pela ESF.

A própria Secretaria da Saúde de Cuiabá reconhece que a falta de cobertura adequada da ESF faz com que a população cuiabana recorra à atenção secundária como porta de entrada para problemas que poderiam ser equacionados na APS. Registra-se, desta forma, a superlotação nas Unidades de Pronto-Atendimento e Policlínicas, que também sofrem com precariedade estrutural, falta de medicamentos e insumos na cidade (Cuiabá, 2012). O Plano Diretor da Prefeitura Municipal de Cuiabá espera alcançar a meta de 80% de cobertura da ESF para os próximos anos, para ser colocado em prática até 2020 (Cuiabá, 2013).

Embora sejam distintos os tipos de serviço – UBS tradicional e ESF – existem características concretas de sua estrutura e da organização do processo de trabalho que interferem no enfrentamento ao HIV/aids (Val, 2012). Estudos de análise do impacto da Estratégia de Saúde da Família mostram que este modelo de organização da assistência melhora aspectos relativos à ampliação ao acesso (Lapa et al., 2006; Van Stralen et al., 2008, Castro et al., 2012, Silveira, Ramires, Silva, 2011, Sales et al., 2013). A ESF contribui para a reorganização da assistência, reduzindo as desigualdades no estado de saúde entre grupos populacionais distintos, no aumento da demanda espontânea nos serviços, na redução da evasão e na melhoria dos resultados dos indicadores epidemiológicos e operacionais (Lapa et al., 2006).

As 69 UBS participantes do estudo têm à frente da gerência ou responsabilidade, em sua maioria, enfermeiros (79,1%). Percentual maior ao se comparar com o estudo realizado com 328 UBS do município de SP (53,6%) (Val, 2012).

Analisando a participação do Enfermeiro na gerência da UBS, Val (2012) identifica algumas questões. O profissional enfermeiro na APS possui na gerência um importante instrumento com potencialidades para promover processo de reflexão e revisão de

sua prática, para a (re)organização do serviço (Kawata et al., 2009). A Enfermagem é uma das categorias da saúde mais requisitadas para gerenciar as UBS. A gerência como instrumento do processo de organização de serviços de saúde é fundamental para a efetividade das políticas sociais e de saúde (Passos, Ciosak, 2006).

O curso de Graduação em Enfermagem é um dos poucos da área de saúde que possui em suas diretrizes curriculares carga horária específica destinada à administração, o que respalda o profissional para assumir cargos de chefia/gerência. Considera-se que a prática de gerenciamento deste profissional permite o envolvimento dos trabalhadores da saúde e da enfermagem na discussão da efetividade de suas atividades (Gonçalves et al., 2014).

No entanto, é importante lembrar que a dificuldade de incorporação de outros profissionais, particularmente o médico, é devida à carga que possui em atividades autônomas, como consultórios privados. De fato, as exigências para o cargo não comportam acúmulo de atividades, fazendo com que muitos deles abandonem o cargo de gerência. Além disso, em muitas situações o enfermeiro é indicado ao cargo de gerência, devido ao menor salário comparado ao do profissional médico, por exemplo (Val, 2012).

Ressalta-se que a gerência das UBS é uma função da mais alta importância e que implica coordenar os esforços das várias partes desse sistema, controlar os processos e o rendimento das partes e avaliar os produtos finais e resultados. Espera-se que o gerente tenha uma visão geral no contexto em que está inserido e compromisso social com a comunidade, tendo como atividade precípua a organização da produção de bens e serviços de saúde ao indivíduo ou à coletividade (Passos, Ciosak, 2006). A gerência pode definir mudanças no modo de organização desse serviço, para se alcançar uma qualidade de atenção adequada (Bertussi, Almeida, 2003).

A capacidade de gerenciar uma equipe de saúde requer um profissional que consiga superar as limitações do serviço, prestando uma assistência baseada nos princípios do SUS, capacidade técnica, determinação no alcance de metas e objetivos. Além de ter competência para trabalhar os relacionamentos interpessoais no interior das organizações, minimizando os conflitos existentes. No âmbito da organização das práticas na atenção ao HIV/aids nas UBS, Val (2012) destacou que o gerente e a equipe multidisciplinar podem ser facilitadores/atores, implementando ações de prevenção e assistência em HIV/aids. É importante lembrar que os cargos de gerente das UBS, muitas vezes, é um cargo de confiança do Secretário Municipal de Saúde, de tal forma espera-se que este, mesmo ocupando um cargo de indicação, traduza as diretrizes políticas de saúde no âmbito da atenção. No entanto, em muitos casos a indicação é mais de âmbito de uma política de governo partidário do que propriamente indicação por competência técnica na gestão e no gerenciamento.

Desta forma, Val (2012) afirma que se em algum momento esses “agenciadores de mudança” encontrem problemas em transpor obstáculos, traduzidos nas dificuldades identificadas como vulnerabilidade programática, são potentes para construir novas formas de fazer/agir na prática cotidiana dos serviços, implementando ações de prevenção e assistência em HIV/aids, respondendo às necessidades de tratamento, desenvolvendo ações de pré-natal e puerpério, integrando ações com os serviços de referência em HIV/aids.

No presente estudo, quatro (5,8%) gerentes das UBS participantes do estudo tem nível técnico de enfermagem, mesmo não sendo previsto pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) tal atribuição (1986). O que fragiliza a APS do município de Cuiabá ao concluir que esses “agenciadores de mudança” não possuem em sua formação qualificação para assumir tal função.

5.2 FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES NA ATENÇÃO AO HIV/AIDS NAS UBS DE CUIABÁ

A discussão a seguir trata da prevenção na atenção ao HIV/aids nas UBS do município de Cuiabá, tendo por referência os marcadores de vulnerabilidade de âmbito programático e as fragilidades e potencialidades identificadas no estudo.

Apesar dos investimentos em políticas públicas voltadas para a prevenção em HIV/aids ao longo das últimas décadas e dos avanços com a implementação da ESF, os índices de infecção no município de Cuiabá continuam elevados de acordo com dados do Boletim Epidemiológico (2012a).

No marcador de **Infraestrutura para Ações de Prevenção e Assistência em HIV/aids** (Tabela 4²) analisando a infraestrutura das UBS de Cuiabá, em 79,7% das unidades há consultório que permite privacidade visual e auditiva para realizar o atendimento e em 65,2% delas, sala para realização de atividades educativas, sendo que 81,2% das UBS afirmou ter disponível materiais básicos para desenvolver atividades educativas.

Para que exista uma prática assistencial com a qualidade esperada é essencial que os serviços de saúde disponham de estruturas adequadas abrangendo áreas físicas e instalações, materiais e equipamentos (Saparolli, Adami, 2010). O Departamento de Atenção Básica (DAB) enfatiza que para realização de uma prática na atenção básica é necessária, entre outras condições, a garantia de infraestrutura apropriada, de recursos humanos capacitados e de materiais e insumos suficientes a atenção prestada (Brasil, 2006a). Uma avaliação normativa sobre a implantação do PSF no Brasil, realizada pelo Ministério da Saúde, aponta a infraestrutura, o suprimento de material de consumo, equipamentos

---

² Ver p. 70 da presente dissertação.

e medicamentos, entre outros, como importantes instrumentos de trabalho, onde a insuficiência de recursos materiais, além de comprometer o desenvolvimento e a qualidade das ações da atenção, limita as potencialidades de ampliação do elenco de ações na perspectiva da reorganização das práticas e do modelo de atenção à saúde (Brasil, 2004).

Segundo Pedrosa, Corrêa e Mandu (2011), a estrutura deve incluir boas condições para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de agravos. No mesmo estudo os autores concluíram que a falta de sala para realização de atividade educativa reflete-se em uma prática com falta de privacidade, desconforto e constrangimento, dificultando a identificação de necessidades subjetivas a qual requer efetiva interação/comunicação e privacidade (Merhy, Franco, 2006), ferindo assim o preceito da integralidade na atenção a saúde.

Pedrosa, Nakagawa, Corrêa (2011), em estudo que avaliou a estrutura de UBS tradicionais no município de Cuiabá-MT, concluiu que apenas 38% das unidades dispunham de sala para reuniões, comumente usadas como espaço para realizar atividades educativas com a população. O estudo revelou também que apenas sete (39%) UBS foram favorecidas com estruturas físicas compostas por mais de 80% dos ambientes elencados como fundamentais ao desenvolvimento das práticas das equipes de saúde. Modes, Gaíva (2013) analisando a presença de sala para reuniões nas UBS do município de Cuiabá mostraram que estas não são presentes em 46,2% delas, segundo 61,5% dos profissionais entrevistados no estudo.

Este não é um problema particular de Cuiabá. Em estudos realizados em outras localidades, é possível identificar que essa realidade faz parte do cotidiano de outras cidades, como em dois municípios de Minas Gerais, que analisou a percepção dos profissionais de saúde, usuários e gestores sobre o PSF, demonstrando que um dos pontos negativos encontrados na

reorganização da APS, é a falta de infraestrutura adequada (Ronzani, Silva, 2008).

Castanheira et al. (2009), em seu estudo em 37 municípios do Centro-Oeste paulista, mostrou que as instalações das unidades de saúde, independentemente do modelo de organização, em sua maioria, não são apropriadas, sendo as condições básicas de infraestrutura precárias, em alguns casos.

Silveira, Santos e Costa (2001) avaliando a estrutura da APS de Pelotas, Rio Grande do Sul, constatou que a maioria das unidades apresentava estrutura precária, sendo a planta física a área mais deficitária, até os dias de hoje, o que nos reflete que as unidades estão sendo idealizadas sem um planejamento de construção adequada aos padrões estabelecidos pelo MS.

Em São Paulo, 81,4% das unidades tinham sala para realização de atividades educativas, a autora em sua discussão traz a visão de Mendes (2012), o qual afirma que “apenas com a melhoria na infraestrutura das unidades, poderá quebrar a visão de uma ESF pobre para pessoas e regiões pobres para uma ESF confortável e de qualidade”. A melhoria da estrutura das UBS é fundamental para uma atenção à saúde que segue os princípios da humanização do cuidado (Val, 2012).

A infraestrutura física inadequada, à medida que dificulta a efetivação dos princípios do SUS e da Atenção Básica, inibe a obtenção de bons resultados nas ações de saúde, interferindo diretamente no cuidado à saúde e na superação de vulnerabilidades. Reconhecer a infraestrutura da UBS como um importante elemento promotor da integralidade favorece a obtenção da qualificação da atenção e do cuidado. Muitas unidades de saúde do município de Cuiabá são adaptadas, o que desfavorece o cumprimento do mínimo para que a unidade consiga desenvolver suas ações de forma a preconizar a atenção de qualidade ao usuário.

Em relação às **Ações de Pré-natal e Puerpério** (Tabela 6³) e o marcador **Ações de Prevenção em relação ao HIV/aids** (Tabela 7⁴) o agendamento da primeira consulta de pré-natal em até duas semanas, em 91,3% das UBS. A comunicação do diagnóstico da gestante é realizada por equipe multiprofissional (75,4%) e o preenchimento da notificação de exame positivo para detecção de sífilis em (78,8%) das unidades.

Em estudo realizado em 34 municípios de SP, 51,4% esperam menos de 10 dias para a primeira consulta de pré-natal, 30,9% esperam de 11 a 20 dias e 17,7% aguardam mais de 21 dias para o atendimento (Paula et al., 2007).

É fato conhecido que é extremamente importante a 1ª consulta da gestante ser marcada o mais rápido possível, usando desse momento para o estabelecimento do vínculo. Esse elemento demonstra, que as unidades de saúde do município de Cuiabá encontram-se em baixa vulnerabilidade nas ações de pré-natal e puerpério das gestantes atendidas na APS.

Em relação ao elemento que trata do aconselhamento para o exame de HIV, 43,5% dos gerentes do estudo respondeu que o faz, para solicitar o exame de HIV.

O aconselhamento é entendido como uma prática preventiva, ampla, que transcende o âmbito da testagem e contribui para a qualidade das ações educativas em saúde. Pressupondo que essa ferramenta de prevenção possa ser utilizada em vários momentos e serviços de saúde, não devendo restringir-se à oferta do exame anti-HIV. Dessa forma, deve ser um processo contínuo, inserido nas atividades das unidades básicas de saúde e articulado aos demais programas assistenciais existentes e ao cotidiano das práticas desenvolvidas pelos profissionais que atuam nos serviços de atenção primária à saúde (Brasil, 2003). É um processo de escuta ativa, individual e centrada no usuário, estreitando laços e auxílio

---

³ Ver p. 73 da presente dissertação.

⁴ Ver p. 75 da presente dissertação.

para que o usuário reconheça-se como sujeito de sua própria saúde (Val, 2012).

Para tanto, o aconselhamento deve ser desenvolvido com base no estabelecimento de uma relação de confiança, em que o profissional esteja atento às situações vivenciadas pelos usuários e fragilidades que possam dificultar a ação de prevenção e tratamento (Costa, 2004; Nemes et al., 2004).

Segundo o MS, descrito no caderno de atenção básica, toda a equipe de saúde da APS, deve compreender o processo de aconselhamento, de forma que ele não se reduza a um único encontro entre o profissional de saúde e o usuário. O aconselhamento deverá ser desenvolvido em vários momentos, e quando possível ser estendido a grupos. Ambos devem favorecer a percepção pela pessoa de sua vulnerabilidade, a partir do reconhecimento do que sabe e sente e do estímulo à sua participação nos atendimentos subsequentes.

No contexto da epidemia do HIV, a prática de aconselhamento tem se configurado como uma estratégia de prevenção de suma importância, sendo parte essencial do processo de diagnóstico do HIV. Para orientar a realização dessa prática, foram sistematizados procedimentos pré e pós-teste com conteúdos bem definidos, que auxiliam o profissional/serviço a incorporar uma concepção de trabalho e a lógica da promoção à saúde com ações de prevenção do HIV, hepatites e outras DST (Brasil, 2012b).

Toda testagem para o HIV deve ser acompanhada de aconselhamento pré e pós-teste, sempre com o consentimento do usuário. A equipe deve estar apta para reduzir o impacto do diagnóstico, reforçar práticas preventivas no caso de resultado negativo, de acordo com orientações do caderno de atenção básica do MS.

Souza, Freitas (2012) relatam que alguns profissionais que realizam o aconselhamento, porém, descrevem-no como uma atividade restrita, apenas oferecendo o teste anti-HIV e explicando

sobre ele, sem haver interação com o usuário para que ele tenha clareza de todos os aspectos que envolvem a testagem. Outras vezes, não há nem mesmo explicações sobre os pedidos de exames laboratoriais, apesar de se contradizerem, afirmando que conversam com os pacientes. Vê-se, então, uma distância entre a forma como os profissionais de saúde falam sobre o aconselhamento e desenvolvem as atividades e a concepção dessa prática como preconizada pelo MS.

No âmbito do HIV/aids, três componentes integram o processo de aconselhamento e estes devem interagir de forma dinâmica e integrada entre si, a informação/educação, o apoio emocional e a avaliação de riscos/desenvolvimento de estratégias de prevenção (Mendonça et al., 2010).

Araújo, Cunha e Galvão (2011) afirmam que ao solicitar o teste anti-HIV, o mesmo venha imprescindivelmente acompanhada de aconselhamento pré e pós-teste, pois desempenha papel decisivo, na promoção da saúde e prevenção do HIV. Outros estudos nacionais (Jordan et al., 2000; Tunala et al., 2000; Landroni, 2004; Moreno, 2006; Fernandes, Britto, 2011) defendem que o aconselhamento é importante para o atendimento em HIV/aids e para a adesão ao tratamento.

Sendo assim, para que o aconselhamento se apresente como um espaço oportuno para o resgate da integralidade dos indivíduos e dos aspectos subjetivos que envolvem sua realização é imprescindível a qualificação profissional de forma humanizada, condições essas propostas na política do Humanização no SUS.

Destaca-se vulnerabilidade programática na atenção realizada nas UBS de Cuiabá, justamente nesta questão do aconselhamento na oferta do teste de HIV. No estudo verificou-se que 46,4% das UBS não tiveram capacitação para sua realização. A ausência de capacitação é identificada em outro estudo (Feitosa, Coriolano, Eloine, 2010) na região de Iguatu, com 14 gestantes na ESF, relatando o despreparo dos serviços para garantir o

aconselhamento de forma integral. Val (2012) afirma que a dificuldade do aconselhamento, esta na sua maioria, correlacionada no despreparo do profissional de saúde.

Como foi dito, é imprescindível a realização do aconselhamento pré e pós-teste HIV, mas também é necessário que seja feita por um profissional capacitado, proporcionando nesse momento um espaço para a construção do vínculo, orientação e escuta das dúvidas, anseios e medos do usuário.

Um elementos de fragilidade referente a esses marcadores é o acesso restrito ao diagnóstico precoce por meio da oferta do teste de HIV à população em geral nas UBS, visto que a coleta de exame é realizada em dias específicos, através de agendamento. Desta forma perde-se a possibilidade de realizar o exame em tempo oportuno. Reforça-se a importância da coleta diária para o exame de HIV, acrescentando que é uma oportunidade de possível identificação de situações de vulnerabilidade individual do usuário, que envolvem relações desprotegidas, violência, entre outras, sendo, portanto, uma chance de realização do aconselhamento (Val, 2012).

O estudo de Araújo, Vieira e Silva (2008) realizado em Fortaleza, Ceará, com 36 unidades, demonstra que com o agendamento, o usuário tem que se deslocar novamente a unidade de saúde, o que gera muita desistência, considerada uma situação grave e que compromete a qualidade da assistência à prevenção e o direito ao acesso aos exames laboratoriais.

Ferraz (2008) contextualiza a importância da coleta diária dos exames para produção de práticas de saúde que objetivem os princípios da prevenção em HIV/aids no país. Bersusa et al. (2007), por sua vez, enfatizam que mesmo quando o exame for negativo, é possível usar esse momento para identificar vulnerabilidades individuais do usuário.

No município de São Paulo, por exemplo, foi possível reduzir o retorno dos resultados dos exames para menos de sete dias,

realizando a coleta diária para exames de sangue em geral nas mais de 90% das UBS (Val, 2012).

Val (2012) e Ferraz (2008), afirmam que as UBS que realizam as coletas diariamente de exames, são muito procurados pela população, além das consultas médicas e da retirada de medicamentos. Em seu estudo no município de SP, a autora concluiu que em 99,4% das UBS os exames eram coletados diariamente e 98,8% realizava o exame pra gravidez imediatamente em caso de atraso menstrual (Val, 2012).

Outro ponto de vulnerabilidade relacionado aos exames é a demora no retorno dos resultados às UBS, superior a sete dias. Para que o pleno direito do usuário ao acesso a exames de rotina e consultas nas unidades de saúde, com disponibilidade de recursos e em quantidade suficientes (Castro, Shimazaki, 2006), é necessário investimento na ampliação da rede de laboratório no município e regulação e fiscalização dos laboratórios credenciados para que estes processos sejam revistos.

A restrita oferta para coleta de exames envolve outro aspecto da vulnerabilidade programática que trata da escassa rede de laboratório para a realização do exame. Em Cuiabá, com uma população acima de 500 mil habitantes há um único laboratório conveniado (Cuiabá, 2013).

Outro elemento que denota vulnerabilidade é a não oferta do exame de gravidez, assim que a mulher chega à unidade, seja por meio da coleta de urina ou do exame de sangue. O exame é feito por agendamento ou é encaminhado para atenção secundária.

Segundo Bersusa et al. (2007), o exame de gravidez deve ser realizado assim que a usuária procura a unidade, agilizando o diagnóstico e consequentemente a vinculação ao pré-natal. A autora também discorre sobre a importância desse momento pra identificar vulnerabilidades individuais, como relações desprotegidas, violência, entre outras. Paula et al. (2007) afirmam que o ideal é que o exame de gravidez seja realizado todos os dias e em qualquer horário.

Realizar o teste de gravidez na própria unidade e diariamente, atender casos positivos e solicitar os exames de rotina são condutas que além de agilizar o início do pré-natal, possibilita diagnosticar e tratar eventuais agravos e impedir a transmissão de doenças para o neonato, como por exemplo, a sífilis e o HIV (Bersusa et al., 2007; Paula et al., 2007; Val, 2012).

Ainda no marcador **Ações de Pré-natal e Puerpério em Relação a Atenção ao HIV/aids** (Tabela 6⁵), em relação a oferta do exame de papanicolaou às gestantes, pouco mais da metade, 56,5% das UBS no município de Cuiabá, tem este como procedimento padrão.

Outro estudo realizado com 182 profissionais de enfermagem e 74 consultas de pré-natal, em 2009 na capital matogrossense, também identificou este problema, a baixa oferta deste exame, identificando que 9,4% das gestantes foram orientadas a realizar e que não há consenso entre enfermeiros do município quanto a sua indicação (Duarte, Mamede, 2013).

No município de São Paulo a oferta do exame de Papanicolaou à gestante é realizada em 93,3% das UBS (Val, 2012). No município de Botucatu, interior paulista, o exame de Papanicolaou foi realizado em 94% das gestantes atendidas em USF e 86,8% nas UBS, valor superior ao encontrado em diversos outros estudos realizados em Pelotas – RS, Rio de Janeiro – RJ e Montes Claros – MG, pois nestes a maior cobertura esteve próxima de 50% (Nogueira, 2008; Caldeira, Oliveira, Rodrigues, 2010).

Num estudo realizado com 200 mulheres de Puerto Leoni, Misiones, Argentina com o objetivo de avaliar os conhecimentos e práticas acerca do exame, constatou-se que uma das principais barreiras identificadas entre as mulheres 58,9% foi ausência da solicitação do exame por parte dos médicos ou outros profissionais de saúde (Gamarra, Paz, Griep, 2005).

---

⁵ Ver p. 73 da presente dissertação.

O exame de Papanicolaou deve ser ação prioritária em todas as unidades, uma vez que um dos objetivos da UBS é reorientar o modelo assistencial por meio de práticas de articulação entre a prevenção e a promoção da saúde (Arantes et al., 2014).

É consenso que a equipe de saúde deve orientar as mulheres quanto à importância da realização do exame durante a gestação (Brasil, 2010), lembrando que este momento é um espaço propício à troca de conhecimento, de estabelecimento de vínculo e qualidade na atenção (Silva, Dias, Rodrigues, 2009).

É importante lembrar que a principal estratégia para prevenção do HIV/aids, está diretamente ligada ao diagnóstico e o tratamento precoce. Há profissionais que argumentam que não o faz, por desconhecimento sobre a resolução/portaria que preconiza sua realização durante a gestação (Val, 2012).

Destaca-se que 100% das UBS participantes do estudo, afirmou ter em quantidade suficiente, exames laboratoriais para sífilis, anti-HIV e Hepatite B.

Um ponto de destaque é a SMS do município de Cuiabá prover a manutenção de esforços que se faz necessário, no intuito de melhorar a qualidade da atenção oferecida a população, através de suprir a demanda do município oferecendo em quantidades suficientes os exames laboratoriais de sífilis, anti-HIV e hepatite B.

O tratamento precoce das doenças possivelmente detectadas pelos exames abordados no estudo é fundamental, o que somente poderá ser realizado após a comprovação da sua presença por exames laboratoriais. Só assim é possível identificar a população infectada de forma precoce, estabelecendo novas estratégias que deem conta de reduzir a transmissão do HIV na população assistida

Em relação ao elemento que avalia se há oferta do teste de detecção da sífilis à gestante no 1º e 3º trimestre da gestação, 72,4% diz que o faz. No município de Cuiabá, a sorologia da sífilis deve ser solicitada no pedido inicial dos exames de pré-natal. Caso o resultado seja negativo, é realizada orientação pós-teste,

esclarecimento de dúvidas e repetido a sorologia no início do terceiro trimestre independentemente do resultado do primeiro exame (Cuiabá, 2013).

Um dos motivos para a vulnerabilidade programática nesse elemento é que a realização do teste para sífilis nem sempre é realizada no 3º. trimestre, apenas no 1º trimestre da gestação.

Essa baixa cobertura de exames no 3º trimestre foi discutida em um estudo no município de médio porte da região metropolitana de São Paulo, onde duas hipóteses foram levantadas para explicar a baixa cobertura de exames no 3º trimestre: os profissionais estão habituados a solicitar os exames apenas na 1ª consulta e muitos deixam de pedi-los novamente próximo a 30ª semana de gravidez e algumas mulheres deixam de realizar os exames pela 2ª vez, apesar de terem sido solicitados. Este resultado é preocupante visto que a presença de sífilis congênita é considerada indicador da assistência pré-natal, passível de prevenção, diagnóstico e tratamento (Leitão et al., 2009).

Paula et al. (2007) afirmam que 54,9% das unidades oferecem o teste de sífilis no 1ª e 3º trimestres de sua gestação, porém um número expressivo, 45,1%, não oferece o teste ou somente o faz no 1ª trimestre, demonstrando uma fragilidade e potencializando os riscos para a transmissão vertical da sífilis.

Algumas situações contribuem para a transmissão vertical da sífilis, dentre as quais, destaca-se a fragilidade na dinâmica dos serviços e baixa qualidade do pré-natal, comprometendo a implementação das recomendações para seu controle (Basso, 2012). Durante a assistência pré-natal é possível encontrar espaço para o diálogo entre o usuário e o profissional e, através desta interação, melhorar as condições de saúde da mulher. Possibilitando mudanças da realidade de vida da família e a possibilidade de um atendimento de forma individualizada e contextualizada (Marques, Prado, 2004; Oliveira, 2012).

A sífilis, em particular a congênita, permanece como grave problema de saúde pública no país (Brasil, 2010) e em outros países da América Latina (Valderrama, Zacarias, Mazin, 2004). Fato para preocupação, quando pensamos que pode ser evitada através da realização de um pré-natal de qualidade (Carroli, Rooney Villor 2001; Brasil, 2007a). No ano de 2011, por exemplo, do total de casos notificados no país, observou-se que 75,5% das gestantes haviam recebido assistência pré-natal e a maioria dos parceiros não realizou o tratamento (Brasil, 2012b).

A sífilis congênita é uma doença evitável desde que seja diagnosticada precocemente e a gestante e seu e parceiro sexual sejam tratados adequadamente por ocasião do pré-natal. A preocupação constante com o agravo da transmissão vertical da sífilis levou o MS, em 2007, a elaborar e divulgar o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil (Brasil, 2007c). É fundamental que seja oferecido um pré-natal de qualidade, traduzido em acessibilidade, diagnóstico, tratamento adequado da gestante e parceiro (Val, 2012).

De 2001 a 2011, foram notificados em Mato Grosso 567 casos de sífilis congênita, dos quais 525 (92,6%) foram confirmados. De 2007 a 2011, a taxa de transmissão vertical da sífilis mostrou-se quase estável em Mato Grosso, com média de 24,6% no período, enquanto em Cuiabá os valores foram mais elevados e com maior variação, sendo de 84,0% em 2007, 100,0% (15 casos de sífilis congênita de 15 gestantes com sífilis) em 2009 e de 36,8% em 2011 (Oliveira CMJ, 2012). De acordo com dados do Sistemas de Informação de Agravos e Notificação (Sinan), até julho de 2013 foram 453 casos de sífilis congênita em Cuiabá.

Quando indagado se a unidade de saúde notifica a sífilis congênita na maternidade 100% dos gerentes das UBS respondeu que o faz. Repassando que a ficha de notificação é de suma importância para o planejamento de ações pela unidade e secretaria de atenção básica municipal, estadual e até federal. A integralidade

na atenção à saúde, também pressupõe a notificação dos casos de sífilis na gestação para o planejamento das atividades preventivas e assistenciais (Val, 2012).

Ao concluir que 100% das unidades realizam a notificação da sífilis supõem-se que as UBS do município de Cuiabá conseguem reunir informações suficientes para analisar a doença, permitindo intervenções que reduzem sua incidência, até sua eliminação. Isso demonstra também, organização e integração entre a atenção básica e a secretaria de vigilância municipal.

No entanto, é válido lembrar que além da notificação da sífilis na gestante, para uma análise mais precisa do perfil epidemiológico, é necessário aprimorar a qualidade dos dados, por meio do preenchimento da ficha de notificação de forma legível e correta.

Para a eliminação da sífilis congênita no Brasil é fundamental um pré-natal de qualidade, traduzido em ampliação da acessibilidade com diagnóstico, tratamento adequado da gestante e do parceiro, convocação do parceiro, notificação e qualidade do preenchimento das fichas de notificação e capacitação da equipe das UBS (Val, 2012). Dentre estes, salienta-se a importância do apoio laboratorial mínimo e do comprometimento dos profissionais em solicitar este exame às gestantes (Brasil, 2005a; Brasil, 2006b).

Para tanto, um caminho que nos parece particularmente fecundo é investir na ampliação da oferta do teste de sífilis na gestação, instituir o tratamento com a penicilina benzatina na APS do município de Cuiabá, favorecendo a redução da vulnerabilidade programática, na medida em que seja possível ampliar a oferta desses elementos à população.

No conjunto do marcador de **Respostas às necessidades de tratamento em HIV/aids** (Tabela 5⁶), nenhuma das UBS de estudo no município de Cuiabá faz tratamento com Penicilina Benzatina quando diagnosticado sífilis. A Coordenação de Atenção Básica Municipal justifica que, pelos riscos dos efeitos adversos o

---

⁶ Ver p. 72 da presente dissertação.

tratamento, mesmo que da gestante, deve ser feito apenas em unidades de nível secundário.

Isto não é diferente em outros municípios, analisando a descentralização das ações de prevenção e assistência ao HIV/aids na atenção básica, com a participação de gerentes de UBS em 30 municípios do estado de São Paulo, verificou-se que em 34,5% das UBS não era realizado o tratamento de sífilis, encaminhando o usuário para outro serviço (Bersusa et al., 2007).

Em outro estudo realizado em 34 municípios do estado de São Paulo, Paula et al. (2007) concluem que 37,1% UBS estudadas realizavam o tratamento com a aplicação de penicilina benzatina na própria unidade. Considera-se que a realização do tratamento em tempo oportuno, na própria UBS, sem encaminhamento para outros serviços diminui a vulnerabilidade ao HIV. Chama a atenção os baixos percentuais encontrados de UBS que realizam o tratamento, em torno de 30% em ambos os estudos.

Nesse sentido, o diagnóstico e o tratamento da sífilis podem ser realizados na UBS, mediante realização do exame VDRL e da aplicação de Penicilina Benzatina, elementos que devem estar disponíveis na atenção primária (Moura et al., 2003). Trata-se de um caminho que já vem sendo traçado em iniciativas variadas (preconização, capacitação) no âmbito do SUS e com apoio institucional.

Uma das principais dificuldades para a realização do tratamento na APS é a interpretação equivocada por parte de muitos profissionais das Portarias CVS 02/1995 de 20/01/95 e CVS 05/2000 de 08/05/2000. A primeira portaria dispõe sobre a proibição de realização de teste de sensibilidade à penicilina em farmácias e drogarias, podendo, porém, ser realizado em todos os serviços de saúde, público ou privado. A portaria de 2000, complementar à primeira, condiciona a realização deste teste de sensibilidade aos estabelecimentos de assistência à saúde sob responsabilidade médica e, em seu artigo 5º, preconiza a administração da penicilina

somente quando prescrito pelo médico ou cirurgião dentista (Paula et al., 2007).

A Enfermagem é a categoria que administra as medicações e são justamente estes profissionais que têm se recusado a realizar o teste e o tratamento, dado que em muitas UBS estas condições não estão presentes. Segundo Paula et al. (2007), os enfermeiros demonstram temor de serem punidos pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN), que os proíbe de responsabilizarem-se pela aplicação do medicamento. Argumentam que o temor é maior do que a responsabilidade frente ao usuário que necessita do tratamento. Acredita-se que as portarias não são impeditivas para a aplicação da penicilina pelos profissionais de enfermagem em UBS, porém concorda-se que no material de emergência seja fundamental para um serviço de saúde.

A Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso (SES/MT) regulamenta esse Kit de Emergência nas UBS do estado:

[...] toda Unidade Básica de Saúde (UBS) deverá contar com os seguintes materiais/equipamentos e medicamentos para o atendimento à anafilaxia: pessoal/materiais/equipamentos; equipe para administração de soluções parenterais; agulhas hipodérmicas e descartáveis; seringas; máscara plástica para a administração de oxigênio úmido; e cilindro de oxigênio, com válvula e manômetro em local de fácil visualização com saída para fluxômetro e umidificador; solução de epinefrina aquosa 1:1000 (ampola = 1ml = 1mg); prometazina (ampola = 2ml = 50mg); oxigênio; fenoterol solução 0,5%; solução de cloreto de sódio 0,9% (solução salina fisiológica, soro fisiológico – frasco de 250 e 500ml) (Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso, 2006).

Após a administração de penicilina, o paciente deve permanecer sob observação por pelo menos trinta minutos na unidade (SES/MT, 2006).

A SES/MT também reforça em sua legislação que toda reação leve à penicilina deve ser manejada pelos serviços de APS que devem dispor de pessoal capacitado para o diagnóstico, tratamento, bem como de material necessário para sua abordagem. Os casos mais graves de anafilaxia à penicilina deverão ser diagnosticados pelas unidades de saúde da Atenção Básica, que após as medidas iniciais, deverão ser encaminhados para os serviços de referência estabelecidos (SES/MT, 2006).

Ao se ofertar a penicilina benzatina na APS, aumenta-se a resolutividade do sistema básico de saúde, a confiança e credibilidade tanto do profissional que nele trabalha, como da população que precisa do acesso a essa medicação, criando um vínculo resistente e firme do usuário com o serviço evitando assim peregrinações desgastantes e insatisfações por parte deste. Além de favorecer a prevenção da sífilis congênita e possíveis (co)infecções.

Em Cuiabá, 31,8% das UBS não indica tratamento com Penicilina Benzatina, do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis. O tratamento da gestante e seu parceiro é um dos maiores desafios para a eliminação da sífilis congênita (Val, 2012). O tratamento com penicilina benzatina deve ser realizado sem necessariamente ter o resultado de exame laboratorial do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis (Brasil, 2005b).

No município de Ijuí, Santa Catarina, estudo realizado em 2008, revelou que o tratamento da sífilis foi considerado adequado em 54% das gestantes, entretanto, 11% dos parceiros não receberam qualquer tipo de tratamento (Quadros, Lopes, Scheineider, 2011).

Segundo “O monitoramento das ações de prevenção às DST/aids na Rede de Atenção Básica do Estado de São Paulo” (Paula et al., 2007), em entrevista com 1.348 gerentes de UBS, verificou-se que 361 (26,8%) das UBS indicam o tratamento ao parceiro da gestante com diagnóstico para sífilis, independente da

solicitação ou não da sorologia, mas em 573 (41,9%) somente mediante resultado da sorologia positiva. Em 565 (41,9%) realizam o tratamento da sífilis com aplicação de penicilina benzatina e 648 (48%) das UBS não o fazem e encaminham para outro serviço de saúde.

Em estudo realizado no município do Rio de Janeiro com 102 profissionais, 48,4% dos profissionais apresentaram conduta inadequada ao tratar do parceiro, como por exemplo, enviar o pedido de exame e tratamento por meio da gestante ou o não tratamento do parceiro (Domingues et al., 2013).

Em 97,1% das UBS do município de Cuiabá realiza-se a busca ativa do parceiro da gestante diagnosticada com sífilis. É fundamental que a unidade estabeleça ações para a busca ativa do parceiro da gestante, claro, respeitando sempre os princípios da ética e sigilo e com a participação e orientações aos usuários do serviço. Tirar esse parceiro da zona “invisível” no atendimento, faz que com as ações de prevenção em HIV/aids sejam realmente efetivadas.

Considerando as oportunidades perdidas no diagnóstico e tratamento em casos de sífilis é fundamental identificar as principais barreiras que possam impedir a adoção do que é preconizado pelo MS.

Nas **Ações de prevenção em relação ao HIV/aids** (Tabela⁷), outro aspecto de vulnerabilidade ao HIV, em termos programáticos nas UBS de Cuiabá, trata do baixo percentual de profissionais que foram capacitados para o atendimento em abordagem síndrômica (42%).

A OMS (2004) afirma que o sucesso do controle do HIV/aids depende do treinamento e supervisão dos profissionais e também da disponibilidade de medicamentos eficazes e economicamente viáveis e acessíveis aos serviços de saúde. Estudo discute que a dificuldade na incorporação da abordagem síndrômica na rede de

---

⁷ Ver p. 75 da presente dissertação.

atendimento se relaciona diretamente com a falta de qualificação específica dos profissionais, a capacitação e estrutura no serviço (Zampier, 2008).

Em seu estudo, Araújo, Cunha e Galvão (2011) defendem que é necessário maior investimento na capacitação dos profissionais para utilização do protocolo de abordagem sindrômica, já que apenas 30% dos profissionais entrevistados realizavam suas condutas conforme o preconizado no Manual de Assistência às DST. De acordo com os resultados do mesmo estudo, a abordagem sindrômica é esporádica e divide a utilização do diagnóstico.

Rodrigues et al. (2011) concluíram que as enfermeiras entrevistadas em seu estudo não utilizavam a abordagem sindrômica para o diagnóstico e tratamento de gestantes, o que pode evidenciar a falta de qualificação específica e atualização para realizar a abordagem sindrômica.

É importante frisar que, para o desenvolvimento da abordagem sindrômica, é necessária a identificação das diferentes vulnerabilidades do usuário. Passível de realização apenas com a qualificação profissional, tornando-se necessário continuar os treinamentos de profissionais no emprego desta abordagem (Menezes, Faúndes, 2004).

De fato, o município de Cuiabá precisa avançar em relação a capacitação dos profissionais, para a efetivação da abordagem sindrômica nas UBS cuiabanas.

Em Cuiabá, 91,3% das UBS afirmou ter em quantidade suficiente o preservativo masculino. E 92,7% têm em quantidade suficiente contraceptivo oral. Em relação ao insumo de contracepção e prevenção injetável, 73,9% das UBS afirmou a existência de distribuição regular para a população durante o período do estudo. No entanto, em (26,1%) das unidades não conseguem ofertar regularmente esse insumo.

Em relação à distribuição dos insumos de contracepção e prevenção, apesar dos esforços do Programa de Assistência Integral

à Saúde da Mulher (PAISM) – lançado em 1983 com o objetivo de ampliar a provisão de insumos contraceptivos para os serviços públicos de saúde, com destaque para o ano de 2001, onde instituiu-se a distribuição descentralizada e trimestral, potencializando os mecanismos de prevenção em HIV/aids –, ainda há falhas nesse processo.

Para a redução de danos e a prevenção na APS, destaca-se como estratégia fundamental para o enfrentamento do HIV/aids, oferecer em quantidade suficiente o controle primário (preservativo) e secundário (diagnóstico e tratamento) aos usuários das UBS (Brasil, 2010). Vale lembrar que apenas a distribuição e quantidade regular de preservativo masculino na atenção básica cuiabana não são suficientes, quando pensamos em prevenção ao HIV/aids.

A distribuição por si só, não garante o uso adequado do preservativo masculino, é necessário estar atento à forma como a população se relaciona com o uso correto do preservativo, estabelecendo diálogos que possam efetivamente propiciar mudanças nas relações e redução de vulnerabilidades (Paula et al., 2007). É necessário o (re)conhecimento da importância acerca das implicações do uso ou não do preservativo, através da educação em saúde e aconselhamento.

Moura, Silva e Galvão (2007) afirmam que a variedade de métodos anticoncepcionais é limitada e sua provisão, irregular, demonstrando grande distância entre o que está proposto como política e o que é realizado na prática. Isto não é uma particularidade apenas do município de Cuiabá.

Em Londrina, Paraná, 97,3% dos profissionais informaram que o estoque de métodos não é regular, afirmando que a oferta irregular representa um obstáculo na livre escolha do método pelo usuário e na sua continuidade (Silva, Carvalho, 2007). Em Maceió, Alagoas, observou-se que a distribuição dos insumos não é realizada de forma equânime, os resultados mostraram que de janeiro a abril de 2013, foram distribuídos 58.478 anticoncepcionais

orais mensalmente, contra 269 anticoncepcionais injetáveis (Machado et al., 2013). Nas 328 UBS do município de São Paulo, verificou-se irregular distribuição do anticoncepcional injetável em mais de 90% delas (Val, 2012).

Outro aspecto de vulnerabilidade programática nas 69 UBS de Cuiabá é a inexistência do insumo de contracepção e prevenção, o Dispositivo Intrauterino (DIU) como possibilidade de contracepção. No município de Cuiabá o DIU é fornecido apenas nas equipes de planejamento familiar, que tiveram início em 2001 e conta com suas instalações nas policlínicas do município, da atenção secundária (Macaúba, 2011).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica e Saúde Sexual e Reprodutiva do MS (Brasil, 2009a), o DIU é direito de todas as mulheres, sendo considerado um método de longa duração (5 a 10 anos), que pode ser retirado a qualquer momento. Além de ser um método eficaz, não apresenta os efeitos colaterais dos hormonais e não interfere nas relações sexuais. O DIU é parte do arsenal de métodos contraceptivos oferecidos pelos programas de Planejamento Familiar no Brasil de acordo com o manual da Atenção Integral à Saúde da Mulher (2013). No entanto, pode-se verificar que não é dada sua ampla oferta na APS.

Val (2012), aponta que dentre os insumos de prevenção, são os materiais educativos e o DIU que se mostram insuficientes nas UBS de SP, problema este identificado em outros estudos (Sousa et al., 2006; Ferraz, 2008; Nichiata, 2010). Em sua pesquisa, realizada nas UBS do município de São Paulo, identificou-se que 22,6% das unidades não possuem disponíveis de forma regular o DIU nas unidades (Val, 2012).

Quanto ao elemento do instrumento que indagou sobre a realização do tratamento de candidíase 100%, tricomoníase 98,5% e clamídia 92,7% nas UBS do município de Cuiabá, os responsáveis informaram que o fazem, diminuindo o número de novos casos e possíveis co-infecções.

No conjunto do marcador que trata da **Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/aids e maternidade** (Tabela 8⁸), é nítida a inexistência da integração entre a atenção primária e a referência. Identificou-se baixo retorno das informações sobre as gestantes encaminhadas aos serviços especializados 47,8%, e informações sobre o parto dessa gestante 30,4%. Porém, 92,7% das UBS respondeu que Cuiabá tem hospital de referência para parto da gestante HIV positivo.

Proporcionar o acesso à gestante, ao hospital onde será realizado o parto, facilita o acompanhamento pela unidade dessa gestante, além de proporcionar a efetivação da integralidade na atenção ao pré-natal e a consolidação das diretrizes do Ministério da Saúde (MS). Segundo o MS, toda a gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade.

Em relação ao fornecimento de ficha de encaminhamento e marcação de consultas na referência em aids (CRT e SAE) 52,2%, no acompanhamento dos casos encaminhados 40,6% e no fluxo de referência e contrarreferência 31,9% das UBS o faz.

Para assegurar o acesso e o atendimento dos indivíduos é imprescindível que sejam estabelecidos mecanismos de referência e contrarreferência, por meio dos quais os usuários são encaminhados (referência) de uma unidade para outra. Uma vez realizado o atendimento, o usuário é encaminhado de volta (contrarreferência) para a unidade de origem, para a continuidade do atendimento (Narvai, 2005; Brasil, 2011b).

O Sistema de Referência e Contrarreferência de acordo com as diretrizes do MS é o modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a

---

⁸ Ver p. 76 da presente dissertação.

hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (Brasil, 2011a).

A organização do SUS define que o acesso da população à rede dar-se-á através dos serviços de nível primário de atenção, enquanto os demais níveis de maior complexidade tecnológica (secundário e terciário) devem ser referenciados. Assim, a rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, possibilitaria maior conhecimento dos problemas de saúde da população (Brasil, 2011a).

Ressalta-se que as unidades de saúde passaram a ter maior responsabilidade com esse sistema de referência, uma vez que estas ficaram incumbidas da função não só do encaminhamento/referenciamento, mas também, do agendamento e retorno deste ao cliente. Assim, o atendimento de um usuário o vincula à unidade que o atendeu até o alcance da resolução dos seus problemas (Ortiga, 2006).

Na literatura disponível, o sistema de referência e contrarreferência é considerado como um dos pontos importantes para viabilizar a implantação do SUS. Para tal, destaca-se a necessidade de integração dos serviços e estabelecimento de fluxos formais de encaminhamento do usuário.

Franco (2011) constatou que a vulnerabilidade programática é evidenciada, especialmente, no que tange ao relacionamento entre os serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção ao HIV/aids, pela fragmentação do cuidado em saúde. A autora afirma que apesar dos profissionais mencionarem a importância da contrarreferência para a atenção primária, em escassas ocasiões, ela se faz presente. O acompanhamento das PVHA pela atenção primária ocorre de modo incipiente, sem fluxos de atendimento previamente definidos e norteadores dos profissionais de saúde com relação às questões do cuidado em HIV/aids.

Os estudos de Juliani e Ciamponi (1999) e Maeda (2002), demonstram que o sistema de referência e contrarreferência é um

problema independente do nível de assistência. Falta integração da APS com a média e a alta complexidade, distanciando-se do acompanhamento das necessidades do usuário (Fratini, Saupe, Massarolli, 2008; Antunes, Guedes, 2010).

Bonfada et al., (2012) defendem que a referência e contrarreferência são fundamentais para uma prática integral na rede de assistência. Segundo os autores, os profissionais precisam assumir a responsabilidade pelo “transitar” do usuário na rede, respeitando suas particularidades ao buscar identificar suas reais necessidades de prevenção/assistência e ao selecionar as intervenções ofertadas.

A integração das equipes da ESF na rede de atenção à saúde é condição essencial ao exercício de seu papel de responsabilização sanitária mediante a população de um território. Mesmo que alguns estudos apontem para uma capacidade de resolubilidade da APS de cerca de 80-90% dos problemas de saúde, acompanham o fluxo dos usuários aos pontos de atenção dos outros níveis de atenção e ao sistema de apoio é imprescindível para a prática de atenção integral à saúde e para o reconhecimento, por parte da população, do papel integrador da ESF diante da rede de atenção à saúde (Brasil, 2011a).

Juliani e Ciamposi (1999) em estudo com 13 enfermeiros do município de Botucatu, que foi dividido em 3 categorias (funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, possibilidade de encaminhamento, fatores estruturais do sistema local), concluíram que o funcionamento era precário e não oferecia garantia de continuidade da assistência. Havia inexistência de contrarreferência de consultas e internação e grande dificuldade de integração e comunicação.

Em direção semelhante Machado, Colombé e Beck (2011) realizaram uma pesquisa em uma Unidade de Saúde da Família de um município localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul. De acordo com os achados do estudo, concluiu-se que é

inexistente o serviço de referência e contrarreferência. Entre os motivos para a inexistência do serviço, os resultados apontaram sobre as dificuldades para a implementação do sistema de referência e contrarreferência, enfatizando sobre o déficit de recursos humanos na equipe. Os autores finalizam que nessa esfera a informação que retorna à unidade básica depende do relato do próprio usuário, sendo que o mesmo nem sempre é capaz de relatar dados sobre o atendimento. Esse fato complexifica a continuidade do cuidado de forma mais resolutiva.

A precária integração entre os serviços de saúde aparece como uma característica presente na maioria dos sistemas de saúde das Américas por décadas, gerando fragmentação e duplicação de serviços. Estudos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciam que tal insuficiência vem ocasionando redução na qualidade e efetividade da rede assistencial, aumentando desnecessariamente os custos da atenção à saúde, ampliando as desigualdades no acesso e gerando grande ineficiência do sistema como um todo (Solla, Chioro, 2012). Os mesmos autores referem que, em função destes aspectos, as reformas do setor de saúde realizadas em muitos países nesta região têm colocado a necessidade de efetivar a integração entre os diferentes níveis de atenção, contudo poucos têm conseguido sucesso. Distanciam-se assim da perspectiva da integralidade e vulnerabilidade e do referencial que os orienta (Ferraz, Nemes, 2013).

Em estudo realizado na APS, em capitais do Nordeste, os usuários relataram dificuldades no acesso a alguns serviços como a realização de exames especializados, marcação de consultas e recebimento de resultados, referência de consultas especializadas e encaminhamentos para hospitais (Rocha et al., 2008).

É importante ressaltar que os usuários não compreendem de quem é a função de permitir a comunicação entre os serviços. Assim, o conhecimento sobre a organização da rede de serviços e o

que está sendo feito em cada um deles é importante para o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência (Arantes et al., 2014).

Por fim, um conjunto de redes de atenção bem articulados, pressupõe uma adequada integração, colocando sob mesma gestão diferentes pontos de atenção em um mesmo sistema de saúde, viabilizando a continuidade da atenção aos usuários do sistema e a integralidade do cuidado a ser prestado. Esta integração tem sido discutida na elaboração das Linhas de Cuidado e nas Redes de Atenção à Saúde.

Segundo Franco (2011) a proposta do cuidado em HIV/aids segue o Modelo de Redes ou Linhas de Cuidado, com práticas específicas que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Pensando nessa linha de cuidado em HIV/aids, a autora aponta o que sugerem Franco e Magalhães Jr. (2004), que a construção das Linhas de Cuidado deve ser uma forma de reorganizar os processos de trabalho na atenção primária, fundamental para o desenvolvimento da assistência integral à saúde, com ações de vigilância, promoção, prevenção e assistência, voltados à especificidade dos grupos e necessidades individuais.

Para a construção da Linha de Cuidado é necessária uma pactuação entre os gestores dos diferentes níveis de atenção (Merhy, Franco, 2006). Essa pactuação entre os gestores dos serviços é o grande impulsionador para a viabilização das Linhas de Cuidado (Franco, Magalhães Jr., 2004). A construção de uma Linha de Cuidado é necessária, garantindo referência e contrarreferência à ESF, responsável pelo acompanhamento permanente dos usuários sob seus cuidados (Franco, 2011).

O sucesso e efetividade na implementação e integração das ações de prevenção e assistência em HIV/aids na atenção primária dependem da continuidade de processos de apoio e qualificação das equipes de gestão e dos trabalhadores dos municípios na construção de uma atenção integral (Paula et al., 2007).

De posse dessas reflexões, é necessário salientar que essa integração deve ocorrer a partir da APS, principal porta de entrada do sistema, ordenando a necessidade de fluxos e contra fluxos, referência e contrarreferência. As pesquisas chamam atenção a uma das principais vantagens permitidas por esta integração, inclui-se a melhoria da qualidade da atenção, a redução de custos com economia de escala e o aumento da eficiência do sistema (Juliani, 1999; Silva, 2008; Fratini, 2011).

Ao analisar os cinco marcadores do instrumento aplicado às UBS do presente estudo, percebe-se que muito foi feito para que a maioria destas, encontrem-se em média vulnerabilidade de âmbito programático. Porém, ainda há muitos desafios a serem superados com relação às ações de atenção ao HIV/aids no serviço de atenção primária municipal. Os dados levantados apontam para a necessidade de investimentos, por parte dos gestores locais, no esforço de diminuir as vulnerabilidades programáticas no serviço.

As fragilidades e potencialidades discutidas nesse capítulo sinalizam a necessidade de uma maior articulação entre a coordenação da secretaria de atenção básica municipal e os profissionais das unidades de saúde, numa perspectiva de interdisciplinaridade, construindo uma atenção de qualidade, favorecendo práticas de saúde efetivamente orientadas para a redução das vulnerabilidades programáticas.

Ademais, seria profícuo um aprofundamento na reflexão tanto dos gestores, quanto dos profissionais da atenção primária do município de Cuiabá sobre as relações das fragilidades e potencialidades identificadas no estudo, buscando alternativas práticas para superar as condições que conformaram em vulnerabilidades programáticas na APS do município de Cuiabá.

6 CONCLUSÃO

Leve na sua memória para o resto de sua vida as coisas boas que surgiram no meio das dificuldades. Elas serão uma prova de sua capacidade em vencer as provas e lhe darão confiança na presença divina, que nos auxilia em qualquer situação, em qualquer tempo, diante de qualquer obstáculo.

Chico Xavier

Considerando a magnitude da epidemia da aids no mundo e no Brasil e a importância do enfrentamento do HIV/aids no nível da Atenção Primária de Saúde, buscou-se nesse estudo analisar a vulnerabilidade de âmbito programático ao HIV/aids nas UBS da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, Mato Grosso.

Ao analisar a vulnerabilidade programática da atenção ao HIV/aids nas UBS cuiabanas foi possível identificar que, em relação à caracterização das UBS, há uma diversidade de modelos (ESF exclusiva, UBS com ESF “mista” e Tradicional).

Em relação à formação do gerente, maioria são enfermeiros, demonstrando importante participação desse profissional na APS do município de Cuiabá.

Analisando os diferentes graus de vulnerabilidade programática das UBS constatou-se que, de um modo geral, as unidades possuem média vulnerabilidade (25 a 75%).

No marcador de Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção e Assistência, a maioria das UBS possui consultório que permite privacidade visual/auditiva para atendimento em HIV/aids; disponibilidade de materiais básicos para atividade educativa; distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: pílula, injetável e preservativo masculino; quantidade de insumos de contracepção e prevenção: pílula, injetável e preservativo masculino; com exceção do DIU não ofertado na APS do município (apenas em nível secundário) privando a mulher da autonomia na escolha do método de anticoncepção; quantidade de exames suficientes laboratoriais como: sífilis, anti-HIV, sorologia para hepatite B; o município não realiza coleta diária de exames laboratoriais em geral e exame para gravidez imediata apenas em caso de atraso menstrual. Estes achados indicam que a Secretaria de Municipal de Saúde de Cuiabá deve empreender esforços para a melhoria da qualidade da atenção ao HIV/aids nas UBS, com a implantação da oferta diária de exames laboratoriais como rotina nas UBS, o que

constitui uma ferramenta importante na prevenção do HIV/aids no município de Cuiabá.

No marcador de respostas às necessidades de tratamento em HIV/aids, a maioria das UBS faz o tratamento da candidíase, sífilis, tricomoníase e clamídia; há o atendimento com base na abordagem sindrômica. Há alta vulnerabilidade de programática nas UBS nos elementos que se relacionam à sífilis, dado que não há tratamento da sífilis nas UBS de Cuiabá. Entende-se que é necessário que esta ação seja implementada na APS cuiabana.

No marcador de Ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção ao HIV/aids, 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; 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 entanto, a oferta do exame de Papanicolaou às gestantes não é um procedimento padrão. A falta de conhecimentos sobre o exame além de poder gerar desinteresse nos profissionais em implementá-lo nos serviços, impossibilita identificar quais as limitações e/ou as facilidades para a sua inserção no cotidiano das práticas de saúde. Importante considerar que a oferta do Papanicolaou às gestantes exige pessoal treinado e motivado, exige ainda que haja uma normatização sobre a recomendação da oferta desse exame pelo município.

No marcador de Ações de prevenção em relação ao HIV/aids, a grande maioria das UBS realiza ação para comparecimento do(a) parceiro(a) em caso de HIV; faz busca ativa de usuários que não comparecem à unidade. No entanto, a maioria dos profissionais não está capacitada para realizar o atendimento por abordagem sindrômica. Destaca-se a necessidade de implantar uma política de capacitação contínua de recursos humanos em abordagem

sindrômica, afinal um profissional capacitado é capaz de mudar a realidade do serviço.

Outro elemento de vulnerabilidade trata da realização do aconselhamento para a realização do teste anti-HIV. Menos da metade das UBS respondeu que o faz. O aconselhamento deve fazer parte do atendimento aos usuários dos serviços de saúde, especialmente em relação ao HIV, para que haja a construção do vínculo e o estabelecimento da confiança na relação entre o profissional e o usuário da UBS.

No marcador de Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/aids e maternidade, a maioria das UBS possui fluxo de notificação de sífilis congênita na maternidade e faz a notificação do diagnóstico de HIV da gestante. No entanto, encontra-se em alta vulnerabilidade em relação aos elementos que avaliam: o fornecimento da ficha de encaminhamento, marcação da consulta na referência das gestantes diagnosticadas com HIV e realização do agendamento quando resultado positivo para HIV, se existe retorno para a unidade sobre o parto da gestante HIV encaminhada e informações após esse encaminhamento às referências (CRT e SAE) e se há fluxo de referência/contrarreferência dos pacientes encaminhados à especialidade em HIV/aids.

Observa-se que o sistema de referência/contrarreferência é praticamente inexistente no município de Cuiabá. A contrarreferência é o meio de comunicação entre os serviços e, portanto, demonstra-se que não há uma integração nos seus diversos níveis de complexidade no município de Cuiabá, dificultando a integralidade da assistência ao usuário.

Percebe-se necessidade de reconhecer a importância desta ação, tanto para o profissional e equipe de saúde da APS e profissional da atenção especializada do município para a efetiva continuidade do acompanhamento e/ou tratamento do usuário. Este estudo sugere que o atual modelo de referência/contrarreferência da APS cuiabana seja repensando, estabelecendo mecanismo de

integração entre a Atenção Primária e a Atenção Secundária e terciária e as responsabilidades em cada nível da atenção no SUS, de forma compartilhada entre estes.

O estudo concluiu 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 ao HIV/aids. Apesar de que a maioria das UBS tenha apresentado média vulnerabilidade nos elementos avaliados, são necessários investimentos na APS, no que tange a atenção em HIV/aids do município de Cuiabá.

Embora a discussão conceitual sobre a epidemia da aids, orientada pelos Direitos Humanos, tenha avançado em direção ao conceito de vulnerabilidade, é necessário fomentar processos dialógicos entre os gestores, profissionais e usuários envolvidos na busca de soluções no enfrentamento das vulnerabilidades programáticas identificadas.

Ao analisar a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/aids na APS, abrem-se novas e promissoras perspectivas para o conhecimento e intervenção. A construção de marcadores e a análise de seus resultados enriquecem o conceito de vulnerabilidade e a discussão com gestores e equipes de saúde envolvidos na atenção sobre como se construíram os marcadores e os resultados obtidos no estudo permitem avançar nos compromissos com a saúde dos indivíduos e coletividade na cidade de Cuiabá.

Reconhecendo que os tempos da pesquisa e da gestão são diferentes, os resultados do presente estudo serão 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, a de subsidiar a qualificação da atenção em HIV/aids em Cuiabá.

Além de divulgar e discutir as vulnerabilidades programáticas identificadas, através da análise dos elementos de cada um dos

cinco marcadores, com gestores e profissionais da saúde para contribuir com a melhoria da qualidade da atenção em HIV/aids no âmbito da APS no município de Cuiabá.

7 BIBLIOGRAFIA

Cada experiência é um degrau para o progresso da alma. Não fique preso ao passado. Você está, agora, diante de uma nova experiência. Dedique-se a ela de corpo e alma, e verá surgir o próximo degrau de evolução.

Masaharu Taniguchi

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.

Arantes, CK et al. Avaliação dos serviços de Saúde em relação ao diagnóstico precoce de hanseníase. Revista Epidemiologia. Serv. Saúde, 2014; 19 (2): 155-164.

Araújo MAL, Vieira NFC, Galvão MTG. Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV em gestantes em Fortaleza, Ceará. Revista Espaço para a Saúde, 2011; 12(2): 18-27.

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(2): p. 11-23.

Ayres JRCM et al. O conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: Novas Perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, organizadora. Promoção de Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.

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 Junior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 375-418.

Barbosa M. Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no município de Francisco Morato. [dissertação] São Paulo:, Universidade de Guarulhos; 2007.

Barra DCC, Lanzoni GMM, Maliska ICA, Sebold LF, Meirelles BHS. Acta Paul Enferm. 2010; 23(6): 831-6.

Basso CG, Neves ET, Silveira A. Associação entre realização de pré-Natal e morbidade neonatal. Texto Contexto Enferm. 2012; 21(2): 269-76.

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 (N. Esp. 2): 1326-30.

Bertussi DC, Almeida MJ. A influência de um projeto de intervenção no campo de recursos humanos em saúde: Projeto Gerus. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises/org. André Falcão et al. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

Bersusa APS; Oliveira LSS; Martins CL; Bagus CM; Escuder MML. A construção das políticas de formação profissional de nível técnico de enfermagem para o SUS: experiência secretaria de Estado de Saúde de SP. *Rev. Paulista de Enfermagem*, 2007; 26(2): 103-112.

Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araújo DP, Guimarães PR. 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.

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de jun. de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1: 9273- 9275.

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 2014 ago. 16]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm

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 1998. Seção 1:2941.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes. Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Aconselhamento em DST HIV/aids para atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS (Documento base para gestores e trabalhadores do SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Pré-natal. Normas e manuais técnicos. 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2007a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Plano Operacional –Redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica . HIV/AIDS, hepatite e outras DST. Cadernos de atenção básica. Brasília, 2009a. 197p

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 3.252, de 22 de Dezembro de 2009b. Aprova as diretrizes para execução e financiamento de ações de Vigilância em Saúde pela União Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2009. p. 65-9.

Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. 2000-2010 [atualizado até junho de 2010]. Brasília; 2010. Disponível em: site: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2010/boletim-epidemiologico-aids-2010>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS e DST, Ano VII, n. 1. Brasília, 2011a.

Brasil: Ministério da Saúde. DATASUS. Morbidade e Mortalidade [Internet]. Brasília; 2011b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/c10.def>.

Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. 2000-2012 [atualizado até junho de 2012a]. Disponível em: site <http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2013>.

Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. História da aids no Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. [Internet]. Brasília; 1977-2012. [atualizado 2012b; citado 2013 ago. 16]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>.

Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Aids no Brasil: Panorama e Política [Internet]. Brasília; 2012c. [citado 2013 ago. 16]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/36364/aids_no_brasil_2012_17137.pdf

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). [Internet] Brasília; 2013. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=51&VMun=510340&VSubUni= Acesso em 15/08/2014.

Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Junior I, Ayres JRJM. O conceito de vulnerabilidade. In: Padoin SMM, Paula CC, Schaurich D, Fontoura VA, organizadores. Experiências interdisciplinares em

Aids: interfaces de uma epidemia. Santa Maria: Ed. UFSM; 2006. p.43-62.

Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. Rev. Ciênc. Saúde Colet. 2010; 15(2): 3139-3147.

Capozzolo AA, Fortuna CM, Matumoto M. Construção de um modelo descentralizado das ações de prevenção e assistência às DST/aids no Estado de São Paulo. In: Paula IA, Guibu, IA, organizadores. DST/aids e rede básica: uma integração necessária. São Paulo: Secretária de Estado de Saúde; 2007. p. 56-78.

Carroli G, Rooney C, Villor J. How Effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. Paediatr Perinat Epidemiol. 2001; 15(1.1): 1-42.

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 (2): 84-8.

Castro AJR, Shimazaki ME, organizadores. Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública; 2006.

Castro RCL, Harzheim DRK, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(9): 1772-1784.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-194, de 18 de fevereiro de 1997. [Internet]. [acessado 2013 jul. 12]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1941997_4251.html

Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN-160 de 11 de setembro de 2006.

Costa MAO. Aconselhamento para o teste anti-HIV: o olhar de profissionais de unidades básicas de saúde de Belo Horizonte. [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade

Federal de Minas Gerais; 2004.

Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. Assessoria de Planejamento e Modernização da Gestão. Relatório de Gestão 2007 do SUS Cuiabá. Cap.3, p.8-10. 2007.

Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria da Atenção Básica. Cuiabá. Relatório de Gestão, 2010.

Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação municipal do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento. Cuiabá: Secretaria Municipal de Saúde; 2012.

Cuiabá. Relatório de Gestão 2012. SUS. Cuiabá: Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá; 2013.

Dantas, AMG. Avaliação da qualidade do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE), no município de Barra do Garças, MT. [dissertação].Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da Sífilis na Gestaço: conhecimentos, prticas e atitudes dos profissionais pr-natalistas da rede SUS do Municpio do Rio de Janeiro. Cincia & Sade Coletiva. 2013; 18(5): 1341-1351.

Feitosa JA, Coriolano MWLA, Eloine NLLS. Aconselhamento do pr-teste anti-HIV no pr-natal: percepes da gestante. Rev. Enferm. UERJ. 2010; 18(4): 559-64.

Evangelista CB, Oliveira AMM, Ventura HN, Moraes JMD de, Freire MIGA. Abordagem sindrmica das doenas sexualmente transmissveis: uma pesquisa documental. Cinc. Cuid. Sade

Fernandes CRD, Britto IAGS. Atuao mdica frente ao paciente portador de HIV no contexto ambulatorial. Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn. 2011; 7(2): 205-218.

Ferraz DAS. Avaliao da implantao das aes de preveno das DST/aids numa unidade de sade da famlia [dissertao]. So Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de So Paulo; 2008.

Ferraz DAS; Nemes MIB. Cogestão e prevenção das DST/aids na atenção primária: contribuições desde o referencial dos direitos humanos e da vulnerabilidade. *Temas em Psicologia* – 2013, vol. 21, n 3, 735-749.

Fonseca AF. Políticas de HIV/Aids no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.183-205.

Franco FA. Atenção integral ao HIV/aids: para além da referência e contrarreferência [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Franco TB, Magalhães Jr HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: *o trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2 edição. São Paulo: Hucitec; 2004.

Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciênc. Cuid. Saúde*. 2008; 7(1): 65-72.

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.

Grangeiro A, Ferraz D (org). *Centro e Testagem e Aconselhamento do Brasil. Desafios para a equidade e o acesso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Grangeiro, A. O perfil socioeconômico da AIDS no Brasil. In: Parker, R. et al. organizadores. *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/UERJ/Relume-Dumará; 1994. p. 91-125.

Georgetti, JA. 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 de Saúde; 2007. p. 56-78.

Gonçalves CR; Cruz MT; Oliveira MP; Moraes AJDM; Moreira KS; Rodrigues CAQ; Leite MTS. Recursos humanos: fator crítico para as

redes de atenção à saúde. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n.100, p. 26-34, jan-mar 2014.

Gil, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Caderno de Saúde Pública*. 2006; 22(6): 45-51.

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.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2008. Cidades: São Paulo [Internet]. Brasília; 2010 [atualizado 2010; citado 2013 ago 16]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2008. Cidades: São Paulo [Internet]. Brasília; 2010a [atualizado 2010; citado 2013 ago 16]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Recenseamento da População Brasileira Brasília; 2010b [atualizado 2010; citado 2013 ago 16]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Mato_grosso.pdf.

Jordan M, Lopes JF, Okazaki E, Komatsu CL, Nemes MIB. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E. Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids; 2000. p. 5-26.

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.

Landroni MAS. Aids e gravidez: desafios para o cuidado nos serviços de saúde de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

Lapa TM, Albuquerque MFPM, Carvalho MS, Silveira Júnior JC. Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial. Cad. Saúde Pública. 2006; 22: 2575-83.

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. Com. Ciências Saúde. 2009; 20(4): 307-14.

Lopes HV. Aids 2007: os novos dados, no Brasil e no mundo. Rev Panam. Infectol. 2007; 9(4): 65-6.

Luiz OC, Cohn A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. Rep Public Health. 2005; 22(11): 2339-48.

Macaúba AS. Rotas Alteradas: Trajetórias e Significados da Esterilização para Mulheres Atendidas no Serviço de Planejamento Familiar SPF do SUS no Município de Cuiabá-MT. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.

Machado LM, Colomé JS, Beck CLC. Estratégia De Saúde Da Família e o Sistema De Referência E de Contrareferência: Um Desafio a Ser Enfrentado. Rev. de Enf. da Ufsm: 2011; Jan: 31-40.

Machado AST; Santos LO; Silveira LL; Cavalcante TCC; Moura MRW; França AMB. Cadernos de Graduação. Ciências Biológicas e da Saúde, Maceió. V.1 n3 p.101-110 nov. 2013.

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.

Mann J, Tarantola DJM, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e aids. In: Parker, R, organizador. A aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p. 275-300.

Marques, RG, Prado SRLA. Consulta de enfermagem no pré-natal. Rev. Enf. UNISA. 2004; (5): 33-36.

Mendes EV. Uma agenda para a Saúde. São Paulo: HUCITEC; 1996.

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.

Melchior R, Nemes MIB. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. Rev. de Saúde Pública. 2006; 40:143-151.

Mendonça MHM et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de saúde da Família. Ciên. e Saúde Coletiva. 2010; 15(5): 25-32.

Menezes MLB, Faúndes AE. Validação do fluxograma de corrimento vaginal em gestantes. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2004; 16(1): 38-44.

Merhy, E.E.; Franco, T.B. Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Dicionário da educação profissional em saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de trabalho observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPJV, 2006.

Modes PSA, Gaíva MAM. Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde. Esc. Anna Nery (impr.). 2013; 17(3): 455-465.

Moreno DMSC. A saúde pública e a psicanálise: a produção do conhecimento no Brasil acerca da AIDS. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.

Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. Cad Saúde Pública. 2007; 23(4): 961-970.

Moura ERF.; Holanda Junior F; Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1791-1799, 2003.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Formas de Organização da atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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.

Narvai PC. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: Garcia DV, organizador. Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. ABORJ/ANS/UNESCO; 2005. [citado 2010 dez 13] 28-42. Disponível em: <http://gices-sc.org/IntegralidadeAtencaoBasicaNarvai.pdf/>.

Nemes MIB, Carvalho HB, Souza MFMS et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: investigação em serviços de saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2): 310-21.

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. Vulnerabilidade da atenção em HIV/aids na estratégia da saúde da família: um estudo de caso no município de São Paulo. Brasil [tese de livre-docência]. São Paulo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Gryscek ALPL. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis.

Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011; 45: 1769-73
Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40903/>.

Nogueira, CLMT. Avaliação da assistência pré-natal na XIXª R.A do município do Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2008.

Oliveira RLA. Avaliação da Assitência pré-natal no município de Botucatu – SP na perspectiva dos diferentes modelos de atenção básica. [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2012.

Oliveira CMJ. Avaliação da efetividade das ações para prevenção e controle da transmissão vertical da Sífilis em Cuiabá e Mato Grosso. [dissertação]. Rio de Janeiro Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

Organização das Nações Unidas no Brasil. UNAIDS Brasil. A ONU e a resposta à aids no Brasil. 2ª ed. [Internet]. Brasília; 2010. [citado 2013 ago. 16]. Disponível em:
<http://www.unaids.org.br/biblioteca/Folder%20A%20ONU%20e%20a%20Resposta%20%E0%20aids%20no%20Brasil%20%AA%20Edi%E7%E3o%20FINAL.pdf>.

Organização das Nações Unidas no Brasil. UNAIDS Brasil. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. [Internet]. Brasília; 2013. [citado 2013 ago. 16]. Disponível em:
<http://www.onu.org.br/onu-no-brasil/unaids/>

Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2004.

Ortiga AMB. Estrutura e Dinâmica das Unidades de Saúde. Cuiabá: Mimeo; 2006.

Passos JP, Ciosak SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em uma Unidade Básica de Saúde. Rev. Esc. Enf. USP. 2006; 40(4): 464-8.

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.

Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. Acta Paul Enferm. 2006;19(3):338-42.

Pedrosa ICF, Nakagawa JTTI, Corrêa ÁCP. Influência da infraestrutura de Centros de Saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. Ciênc. Cuid. Saúde. 2011;10(1):058-65. Quadros, LCM; Meincke SMK; Lopes, CV; Vargas, NRC; Scheneider CC. Avaliando a realização de exames laboratoriais pelas gestantes durante o pré-natal. Rev. Enferm. Saúde, Pelotas (RS) 2011 jan-mar;

11(1):99-106.

Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. Cad Saúde Pública 2008; 24 Suppl 1:S69-78.

Rodrigues LMC, Martiniano CS, Chaves AEP, Azevedo EB, Uchoa SAC. Abordagem Às Doenças Sexualmente Transmissíveis Em Unidades Básicas De Saúde Da Família. Cogitare Enferm. 2011; 16(1): 63-9.

Ronzani TM; Silva, CM. Ciênc. saúde coletiva vol.13 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2008.

Rouquayrol, MZ, Almeida Filho, N. Introdução à epidemiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

Sales MLH, Ponnet L, Campos CEA, Demarzo BGS, Miranda CT. Quality Of Child Health Care In The Family Health Strategy. Journal of Human Growth and Development 2013; 23(2): 151-156.

Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. Rev. Bras. Epidemiol. 2002; 5(2): 286-310.

Saparolli ECL, Adami NP. Avaliação da estrutura destinada a consulta de enfermagem à criança na atenção básica. Rev. Esc. Enferm. Da USP. 2010; 44(1): 92-98.

Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso. Departamento de Atenção Básica. Disponibilidade do Kit Emergência nas UBS Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/0156-\[2814-120110- -MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/0156-[2814-120110- -MT].pdf).

Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contra referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciências e Saúde Coletiva, n. , p.3579-3586, 06 ago. 2008.

Schaurich D, Coelho DF, Motta MGC. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da Aids após os anti-retrovirais. Rev. Enf. UERJ. 2006; 14(3): 455-62.

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 CP, Dias MSA, Rodrigues AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Ciências Saúde coletiva. 2009; 14(1): 1453-1462.

Silva FS; Carvalho MLO. Enfermeiro de saúde da família e ações em planejamento familiar. Unopar. Cient. Ciên. Biol. Saúde; Londrina, v. 9, n.1 p. 29-36, out. 2007.

Silva, JRS. Sistema Único de Saúde: modalidades de atendimento e suas inter-relações, um olhar da enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem, Internet, n. , p.857-859, 10 mar. 2008.

Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad. Saúde Pública. 2001; 17(1):.131-139.

Silveira YMSC, Ramires JCL, Silva TP. Estratégia de saúde da família: cultura e saúde na construção de um novo modelo de atenção básica no bairro Morrinhos em Montes Claros – Minas Gerais/Brasil. Rev. Geo. de América Central. 2011; v8 (N. 4.):75-78.

Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2006; 18: 55-60.

Solla J, Chioro, A. atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella, L, et al., organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 547-576.

Souza Junior PRB, et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo- Sentinela Parturiente. Rev. Saúde Pública. 2002; 38(6): 30-37.

Souza MCMR, Freitas MIF. Aconselhamento em HIV/aids: representações dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde. Rev. Min. Enferm. 2012;16(1): 18-24.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004.

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

Tunala L, Paiva V, Ventura-Filipe E, Santos TLL, Santos N, Hearst N. Lidando com fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E, organizadores. Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids; 2000. p. 79-114.

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.

Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Sífilis Materna y Sífilis Congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Rev. Panam. Salud Pública. 2004; 16(3): 211-217.

Van Stralen, CJ, Belisário SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(1) :148-158.

Viana ALA, Lima LD. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.

World Health Organization. Declaration of Alma Ata (1978). Disponível em: www.who.dk/AboutWHO/Policy/2001082271
Acessado em 12 de setembro de 2014.

Zampier VSB. Abordagem das DST: Consulta de Enfermagem em Pré-Natal Estratégia Saúde da Família Juiz de Fora. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.

APÊNDICES

Só existem dois dias no ano que nada pode ser feito. Um se chama ontem e o outro se chama amanhã, portanto hoje é o dia certo para amar, acreditar, fazer e principalmente viver.

Dalai Lama

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS: ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUIABÁ-MT

ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

APRESENTAÇÃO E ORIENTAÇÕES PARA CONTINUIDADE DO PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

Antes de qualquer coisa, obrigada por responder a este formulário. Sua participação na pesquisa é muito importante.

Informações:

Nenhum serviço será identificado nas análises e divulgação dos resultados. A indicação do nome da unidade, ocorre apenas para validação de sistema.

Após o envio dos dados, as eventuais alterações ocorrerão somente mediante contato com a pesquisadora

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.](#)

I. Identificação:

Nome da Unidade: *

Regionais Saúde de Cuiabá: *

- ☐ Sul
- ☐ Sudeste
- ☐ Leste
- ☐ Norte

II. Caracterização geral da unidade básica de saúde:

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
- ☐ Especifique a(s) parceria(s): _____

3. Formação profissional do gerente: *

- ☐ Assistente social
- ☐ Dentista
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Médico
- ☐ Psicólogo
- ☐ Outra formação –

Qual? Especifique: _____

III. Infraestrutura, materiais e equipamentos para realização das ações de prevenção e assistência em HIV/aids.

4. Os consultórios permitem privacidade visual e auditiva para os atendimentos em 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 HIV
- ☐ folhetos sobre HIV
- ☐ modelo pélvico
- ☐ modelo pênis
- ☐ aparelho DVD ou vídeo cassete
- ☐ tv
- ☐ filmes de vídeo ou cd sobre 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 do HIV/aids:

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 do HIV/aids:

* 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 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?

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

Por quê? _____

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

Por quê? _____

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

Por quê? _____

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 – **Quem:** _____

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

Por quê? _____

24. Como faz o encaminhamento à referência em HIV/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 HIV/AIDS (CRT e SAE), há retorno das informações à unidade? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Por quê? _____

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.

Por quê? _____

V. Caracterização em relação ao HIV/aids:

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. Qual? _____

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, Técnico de Enfermagem
- ☐ Sim, Outro: Qual? _____

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 HIV/AIDS

☐ Faz o agendamento na referência em HIV/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 ao HIV/aids? *

* 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. Qual? _____

47. A Unidade realiza atividade de prevenção ao HIV/aids? *

* 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. Qual? _____

48. Há ações de prevenção ao HIV/aids realizadas em parceria com: *

* Esta questão aceita mais de uma resposta.

- ☐ Unidade de saúde vizinha
- ☐ Caps
- ☐ CRT, SAE
- ☐ CTA
- ☐ Hospital
- ☐ Policlínica

- ☐ ONG
- ☐ Escola
- ☐ Igreja
- ☐ Associação de Bairro
- ☐ Outro. Qual? _____

49. O que a Unidade realiza de positivo em relação à atenção em HIV/aids? *

A large, empty rectangular text box with a thin black border. It features a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, indicating it is a scrollable area for text input.

50. De que forma a Unidade pode melhorar a atenção em HIV/aids?

A large, empty rectangular text box with a thin black border. It features a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, indicating it is a scrollable area for text input.

51. Outros comentários:

A large, empty rectangular text box with a thin black border. It features a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, indicating it is a scrollable area for text input.

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos a sra (sr) a participar da pesquisa **“Dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV/Aids: Análise das ações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde de Cuiabá - Mato Grosso”**, que tem como objetivo analisar a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/aids nas unidades de atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

Sua participação é voluntária. Portanto a sra (sr) tem liberdade de se recusar a participar ou continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. 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. As informações aqui prestadas são confidenciais e os dados serão tratados de forma sigilosa e anônima. Os resultados da pesquisa serão divulgados nesta Instituição e periódicos científicos.

Ao participar desta pesquisa a sra (sr) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, acreditamos que este estudo auxilie no enfrentamento da epidemia de HIV/aids no município de Cuiabá, de forma que, o conhecimento construído a partir desta pesquisa, possa subsidiar a Secretaria da Saúde, tanto a área de Atenção Primária como o Programa de DST/aids do Município, onde a pesquisadora compromete-se a debater os resultados obtidos.

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá ter acesso às informações, e esclarecer dúvidas relacionadas à pesquisa, através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Você receberá uma cópia datada e assinada deste termo. A outra cópia ficará em posse da pesquisadora.

Eu, _____, após ter sido suficientemente informado, aceito espontaneamente participar desta pesquisa.

Cuiabá, _____ de _____ de 2014

_____
Pesquisadora responsável

_____
Participante da pesquisa

Telefone (11) 96074-4222 / (65) 8143-6769

Nome e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa: Escola de Enfermagem da USP - (11) 3061-7548.

ANEXOS

Creia em si, mas não duvide sempre dos outros.

Machado de Assis

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIMENSÃO PROGRAMÁTICA DA VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS: ANÁLISE DAS AÇÕES REALIZADAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CUIABÁ-MATO GROSSO

Pesquisador: carolina la maison

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22744413.2.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 544.082

Data da Relatoria: 25/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado. A proposta apresenta revisão bibliográfica atualizada e suficiente sobre a trajetória da organização da atenção primária à saúde no cenário internacional e nacional, sobretudo no Sistema Único de Saúde. Define como objeto de estudo, a dimensão da vulnerabilidade programática em relação às DST e ao HIV/AIDS no âmbito da rede de atenção básica no município de Cuiabá. Trata-se de um estudo exploratório a ser realizado no município de Cuiabá que possui 93 unidades da rede de Atenção Básica, organizadas segundo o modelo tradicional, misto ou da Estratégia Saúde da Família (ESF) segundo cadastrado no Sistema de Informações da Atenção Básica no ano de 2010. Os sujeitos do estudo serão os enfermeiros vinculados às unidades da ESF e os gerentes das demais unidades, totalizando 93 participantes. A proposta não detalha os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos. Informa que os dados serão coletados, utilizando-se um questionário disponibilizado por meio do sistema "FormSUS". O questionário foi adaptado aos objetivos do estudo e teve por base, o instrumento denominado "Enfrentamento das DST/AIDS nas unidades básicas de saúde do município de São Paulo", criado em 2011 e organizado em cinco blocos temáticos: 1) identificação; 2) caracterização geral da unidade; 3) infraestrutura, materiais e equipamentos para realização das ações de prevenção e assistência em DST e HIV/AIDS; 4) caracterização das ações de Pré-natal e puerpério em relação à

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 544.082

atenção em DST e HIV/Aids; 5) caracterização geral em relação às DST e HIV/Aids. O instrumento possui 51 questões, consta dos anexos do projeto, e será pré-testado em unidades da rede municipal de Chapada dos Guimarães e Várzea Grande, ambas localizadas no estado do Mato Grosso. A pesquisadora informa que realizou uma reunião para sensibilizar e obter a autorização do gestor municipal de Cuiabá, além da Coordenação da Atenção Básica e, que está programada uma reunião em cada uma das quatro regionais de saúde para apresentar o projeto aos participantes. Justifica que os sujeitos serão convidados pelo email pessoal porque as unidades não são informatizadas e para aqueles com dificuldades de acesso à internet, será entregue o questionário na versão impressa. Posteriormente, os dados coletados serão organizados em um banco de dados e sofrerão análise estatística para mensurar as frequências absoluta e relativa, bem como outras medidas descritivas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/aids nas unidades de atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

Objetivos específicos:

- 1- Identificar estratégias para prevenção do HIV/aids adotadas nas unidades de atenção primária de Cuiabá.
- 2- Identificar o grau de vulnerabilidade programática nas ações de prevenção das unidades de atenção primária de Cuiabá.
- 3- Discutir as principais fragilidades em relação aos marcadores considerados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto apresenta baixo risco aos participantes da pesquisa. Quanto aos benefícios poderá qualificar o processo de planejamento e a implementação das ações programáticas e das práticas de saúde voltadas às DST e ao HIV/Aids no município de Cuiabá.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo proposto é relevante para a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá e poderá contribuir na identificação dos fatores associados à dimensão da vulnerabilidade programática às DST e ao HIV/Aids na rede de Atenção Básica, com vistas à subsidiar os gestores na definição de estratégias para o seu enfrentamento.

O projeto está redigido de forma adequada e descreve os procedimentos éticos em consonância

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11) 3061-7548 Fax: (11) 3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 544.082

com a resolução Nº 466/2012, prevendo a devolutiva dos resultados e recomendações aos gestores e gerentes das unidades envolvidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) garante o anonimato e a liberdade de participação dos sujeitos da pesquisa. Informa o objetivo do estudo e assegura que o participante poderá desistir a qualquer momento e que não haverá qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

O projeto retornou ao CEP após ajustes no TCLE: informação do tempo estimado para o preenchimento do instrumento, do nome e e-mail de contato da pesquisadora e correção do número da resolução.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram atendidas as correções solicitadas no TCLE.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-parceira para o início da pesquisa.

Reitera-se a necessidade de registro dos relatórios, parcial e final, na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 27 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ

ANÁLISE DE REQUERIMENTO DE PESQUISA

(Portaria nº. 061/GAB/SMS/ 2009)

PROJETO DE PESQUISA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ

05 MAI 2014

Rub.

Título: "Vulnerabilidade Programática em HIV/Aids nas Unidades Básicas de Saúde em Cuiabá".

Nome do orientador: Pro^{fa} Dr^a Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

Nome do pesquisador: Carolina La Maison

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Mato Grosso.

O PROJETO CONTÉM		SIM	NÃO
Objetivo? Analisar a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/Aids nas unidades de atenção primária da Secretaria Municipal de Cuiabá, MT, Brasil.		X	
Metodologia? A pesquisa será realizada através da aplicação de um questionário (51 questões divididas em 5 blocos) disponibilizado impresso e na plataforma FormSUS, em todas as unidades de atenção primária.		X	

PARECER DA DIRETORIA ENVOLVIDA:

- ☒ Somos favoráveis a pesquisa, pois é relevante ao SUS.
☐ Não somos favoráveis a pesquisa, pois não é relevante ao SUS.

José Ricardo Santana Amorim
 Diretor da Atenção Primária

PARECER DA CRH:

- ☒ Somos favoráveis a pesquisa, pois os requisitos da portaria nº. 061/GAB/SMS/ 2009 foram preenchidos, e por ser relevante ao SUS.
☐ Não somos favoráveis a pesquisa, pois os requisitos da portaria nº. 061/GAB/SMS/ 2009 não foram preenchidos, e por não ser relevante ao SUS.

Alcenira Nunes da Silva
 Coordenadora de Desenvolvimento e Desempenho Profissional

Secretaria de
SAÚDE

Rua São Joaquim, 315 - Bairro Porto
 Fones: (65) 3617-7355 - 3617-7344
 Cep. 78.020-150 - Cuiabá - MT
 www.cuiaba.mt.gov.br