**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

FERNANDA APARECIDA FRANCO

**ATENÇÃO INTEGRAL AO HIV/AIDS:
PARA ALÉM DA REFERÊNCIA E
CONTRARREFERÊNCIA**

**SÃO PAULO
2011**

FERNANDA APARECIDA FRANCO

**ATENÇÃO INTEGRAL AO HIV/AIDS:
PARA ALÉM DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA**

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

Área de Concentração:
Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora:
Prof^a Dr^a Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

**SÃO PAULO
2011**

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

Franco, Fernanda Aparecida
Atenção integral ao HIV/aids: para além da referência e contrarreferência / Fernanda Aparecida Franco – São Paulo, 2011.
124 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª Drª Lúcia Yasuko Izumi Nichiata.

1. HIV 2. Síndrome de imunodeficiência adquirida 3. Vulnerabilidade 4. Pesquisa qualitativa 5. Estudo de caso. I. Título.

NOME: FERNANDA APARECIDA FRANCO

TÍTULO: Assistência integral ao HIV/aids: para além da referência e contrarreferência.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da USP, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP

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: _____

Ao Cleber, minha vida

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Lúcia Yasuko Izumi Nichiata, pela dedicação com que me orientou neste trabalho, muito obrigada por todos os ensinamentos.

Às Professoras do Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva (PPGE) da Escola de Enfermagem da USP pela sabedoria e dedicação durante as aulas e fora delas;

Aos colegas do Grupo de Estudo: “Vulnerabilidades, Adesão e Necessidades de saúde”, pelo apoio e observações pertinentes para este estudo;

À Professora Doutora Maria Clara Padoveze Fonseca Barbosa e à Doutora Naila Seabra Santos, pela participação no Exame de Qualificação, contribuindo com valiosas observações;

A Ferla Maria Bastos Cirino, amiga valiosa com quem tive a felicidade de conviver nesse momento de aprendizagem, trocando idéias, trabalhando e dividindo momentos de angústia e alegria;

Às gerentes e às equipes de saúde da família, nas pessoas de Caroline C. Ribas Lisboa e Thiago de Castro Menezes, da Coordenação do Centro Universitário Adventista do Sétimo Dia, pela acolhedora recepção e contribuição inestimável a esta pesquisa;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico – CNPQ que apoiou com recursos financeiros para o desenvolvimento do projeto (Processo no.571057/2008 0);

Ao Cleber, por encher minha vida de amor e por incentivar a conquista de meus sonhos;

A meu pai, Mauro, de quem herdei o gosto pela leitura e por sempre ensinar lá em casa que “aprender é importante”;

A Camila, Eva e Mariana, fundamentais na composição do significado da vida, pela certeza da torcida.

***“HÁ UM TEMPO EM QUE É PRECISO ABANDONAR AS ROUPAS
USADAS... QUE JÁ TÊM A FORMA DO NOSSO CORPO...
E ESQUECER OS NOSSOS CAMINHOS QUE NOS LEVAM SEMPRE
AOS MESMOS LUGARES... É O TEMPO DA TRAVESSIA, E SE NÃO
OUSARMOS FAZÊ-LA... TEREMOS FICADO... PARA SEMPRE...
A MARGEM DE NÓS MESMOS.”***

FERNANDO PESSOA

Franco FA. Assistência integral ao HIV/aids: para além da referência e contrarreferência. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2011.

RESUMO

O estudo teve como objetivo principal analisar o sistema de referência e contrarreferência entre Unidades Básicas de Saúde (UBS) que operam o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o serviço especializado para o atendimento às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA), no Capão Redondo, região sul do Município de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada no conceito da Vulnerabilidade, em sua dimensão programática. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com os gerentes das UBS ou pessoas indicadas por eles; realização de grupos focais com as equipes de saúde da família e entrevistas abertas com os gerentes e enfermeiros dos serviços especializados, realizadas no período de junho a dezembro de 2009. Os resultados mostraram que as equipes tomam conhecimento dos casos de HIV/aids por meio de diagnósticos realizados nas UBS, principalmente relacionados a usuários que fazem parte do grupo prioritário de atendimento da ESF e, também, por meio do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que tem um papel de destaque no que diz respeito à transmissão de informações entre comunidade e equipes. O trabalho das equipes em relação à atenção em HIV é organizado de acordo com as prioridades estabelecidas pela ESF: gestantes e pacientes com tuberculose. De modo geral, as equipes não encontram dificuldade para encaminhar os indivíduos com HIV/aids para os serviços especializados. Entretanto, a comunicação entre os dois serviços é um dificultador para o atendimento integral ao paciente, uma vez que é praticamente inexistente. O principal instrumento de comunicação entre os serviços é um formulário impresso. A comunicação por telefone ocorre raramente, especialmente no caso de pacientes faltosos. O acompanhamento das PVHA pela ESF ocorre por meio das visitas domiciliares dos ACS exceto por alguns casos específicos em que a equipe da ESF revelou oferecer suporte emocional, monitoramento da adesão ao tratamento e atendimento às outras necessidades de saúde que podem estar ou não relacionadas ao HIV/aids. Todos os sujeitos da pesquisa revelaram ser importante realizar a contrarreferência, embora reconheçam que ela raramente ocorre ou que ocorre por meio do próprio paciente. Há projeto de realização de matriciamento em HIV/aids, referido por um serviço especializado, cuja proposta se dá sob a lógica do Apoio Matricial já praticado pelas equipes de apoio à saúde da família (NASF), recentemente implantadas com vistas a buscar a integralidade da atenção à saúde e consolidar a ESF. Concluiu-se que há necessidade de construção de uma Linha de Cuidado em HIV/aids, pactuada entre os gestores dos diferentes serviços para a efetivação da integralidade da atenção ao HIV/aids, que garanta referência dos usuários aos serviços especializados de forma segura e contrarreferência às equipes de saúde da família nas UBS, onde se deve dar o vínculo e o acompanhamento permanente desses usuários.

PALAVRAS-CHAVE: HIV, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, vulnerabilidade, pesquisa qualitativa, atenção básica, saúde da família

Franco FA. Full aid to HIV/AIDS: beyond reference and counter-reference [paper]. São Paulo (SP): Nursing School of USP; 2011.

ABSTRACT

The main purpose of the study was to assess the reference and counter-reference system between health care basic units (UBS) that use ESF model and the special service aimed at PVHA, in Capão Redondo, south region of the city of São Paulo. It is a qualitative research, based on the Vulnerability concept, in its program dimension. The data gathering was carried out by semi-structured interviews with UBS managers or people named by them; focal groups with the family health care teams and open interviews with the managers and nurses of special services, performed between June to December, 2009. The results showed the teams become aware of HIV/AIDS cases through diagnoses made at the UBS, mainly concerning users that are part of the ESF priority group, and also through ACS, which performs an important role regarding the dissemination of information between the community and the teams. The teams' work regarding HIV attention is organized according to the priorities determined by ESF: pregnant women and TB patients. According to the teams, they have no problem forwarding people with HIV/AIDS to the special care services. However, the communication between both services makes it difficult to fully take care of the patient, once it barely exists. The main communication instrument between the services is a printed form. The phone communication is rare, mainly in the case of absent patients. The PVHA follow-up by ESF is mainly through domicile visits of ACS, except for some specific cases in which the ESF team stated providing emotional support, monitoring the treatment adhesion and taking care of other health needs that may or not be related to HIV/AIDS. All of the research subjects stated counter-reference is important, although they recognize it rarely takes place or that it takes place through the patient himself. There are planning projects regarding HIV/AIDS referred by specialized service, whose proposal is under the logics of the Matrix Support already performed by NASF teams, recently implemented aiming at looking for the full health care and consolidating ESF. It is concluded that it is necessary to build a Care Line regarding HIV/AIDS, agreed between the managers of the different services to effectively fully service HIV/AIDS, ensuring reference of the users to the specialized services in a safe manner and counter-reference to the family health teams at UBS, where the tie and ongoing follow-up of these users is to take place.

KEY WORDS: HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome, vulnerability, qualitative research, basic care, family health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL E ACOMPANHAMENTO DO HIV/AIDS EM UBS PARA INDIVÍDUOS COM IDADE ACIMA DE 18 MESES.....	78
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EM RELAÇÃO AO ANO DE IMPLANTAÇÃO, QUANTITATIVO DE EQUIPES, NÚMERO DE FAMÍLIAS CADASTRADAS E POPULAÇÃO, SEGUNDO FAIXAS ETÁRIAS. CAPÃO REDONDO, 2009.....	43
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Ambulatório de Especialidades
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AM	Apoio Matricial
AMA	Unidade de Assistência Médica Ambulatorial
ARV	Antirretroviral
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
COAS	Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico
CR	Centro de Referência
CRT-DST/AIDS	Centro de Referência e Tratamento em DST/aids
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
ESF	Estratégia Saúde da Família
ER	Entrevista com a Referência
GF	Grupo Focal
HIV	Human Immunodeficiency Virus
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONGs	Organizações não governamentais
PA	Pronto Atendimento
PAS	Plano de Atendimento a Saúde

PE-DST/Aids-SP	Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo
PM-DST/Aids-SP	Programa Municipal de Prevenção e Controle de DST/Aids
PN-DST/Aids	Programa Nacional de DST/Aids
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/aids
QUALIS	Qualidade integral a saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SESSP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVIS	Supervisão de Vigilância em Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNAIDS	Joint United Nations Programmes on HIV/AIDS
UNASP	Centro Universitário Adventista de São Paulo

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	A epidemia da Aids no Brasil e no mundo	19
1.2	Políticas de enfrentamento à Aids no Brasil	22
1.3	A organização da assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil....	28
2	OBJETIVOS	36
2.1	Geral.....	37
2.2	Específicos	37
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	38
3.1	Tipo de Pesquisa	39
3.2	Considerações teóricas	39
3.3	Cenário do estudo.....	41
3.3.1	<i>As UBS.....</i>	<i>42</i>
3.3.2	<i>Os serviços especializados</i>	<i>44</i>
3.4	Sujeitos e instrumentos da pesquisa.....	45
3.5	Etapas da coleta de dados.....	46
3.6	Análise dos dados.....	48
3.7	Aspectos éticos.....	49

4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
4.1	O ENVOLVIMENTO DA ESF COM ATENÇÃO AO HIV/AIDS.....	51
4.1.1	<i>Conhecimento do diagnóstico do HIV pelas equipes de saúde da família.....</i>	<i>51</i>
4.1.2	<i>Notificação de casos.....</i>	<i>59</i>
4.1.3	<i>Encaminhamento ao serviço especializado.....</i>	<i>62</i>
4.1.4	<i>Acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/Aids.....</i>	<i>66</i>
4.2	PARA ALÉM DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	69
5	CONCLUSÃO	80
6	REFERÊNCIAS.....	83
	APÊNDICES.....	94
	ANEXOS.....	121

APRESENTAÇÃO

Considero oportuno tecer considerações a respeito de meu interesse sobre o tema do presente estudo.

Graduei-me em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 2001, durante os 3 anos seguintes fui enfermeira assistencial em unidade de terapia intensiva de adulto em um hospital universitário, tendo por diversas vezes me envolvido com questões relacionadas à assistência em HIV/aids.

Naquele momento, já contávamos mais de 20 anos da descoberta da doença. Como consequência desses anos de pesquisa, observamos grandes avanços nas possibilidades da terapêutica e no aprimoramento do sistema de saúde para o enfrentamento do HIV/aids. Ainda assim, era frequente a internação de pacientes de todas as faixas etárias vítimas de doenças oportunistas relacionadas à aids, cujo diagnóstico era revelado a ele e/ou sua família naquela circunstância de internação grave, ou seja, quando muito pouco mesmo havia a ser feito.

Particularmente chamava-me à atenção o total despreparo da equipe de saúde para lidar com essas situações. Conhecíamos as precauções necessárias para evitar a transmissão e os cuidados requeridos durante o período da internação hospitalar. No entanto, desconhecíamos os serviços de contrarreferência hospitalar ou mesmo se havia necessidade ou obrigatoriedade de convocação do parceiro para realização de teste e diagnóstico nesse nível de atenção.

Anos mais tarde, com o objetivo de redirecionar minha carreira, fiz o curso de Especialização em Saúde Coletiva com enfoque no PSF na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e, antes mesmo de concluí-lo, passei a integrar o Grupo de Pesquisa cadastrado no CNPq sob o título “Vulnerabilidades, Adesão e Necessidades de saúde”, ao qual esta pesquisa afilia-se.

Atualmente, atuo como enfermeira de equipe de saúde da família em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na região sul do Município de São Paulo, onde tenho a oportunidade de vivenciar diariamente as dificuldades e entraves existentes para realização da assistência integral às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA).

São muitas as dificuldades existentes na relação entre profissionais e pacientes quando esse é o tema. Seja na abordagem e solicitação do exame laboratorial, seja para revelar resultado de exame positivo para HIV. Soma-se a isso, a comunicação ineficiente ou quase inexistente com o serviço especializado que atende os pacientes diagnosticados.

Desta forma, o presente estudo tem por objeto o mecanismo de referência e contrarreferência em HIV/aids entre as UBS, cujo modelo de organização é a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os serviços especializados de assistência em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (DST/AIDS).

Este estudo compõe o projeto “Limites e possibilidades dos sistemas de saúde locais no reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população: o PSF no Município de São Paulo”, sob a coordenação da Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry, que trata de descrever as características dos processos de trabalho que se desenvolvem nos locais onde se desenrola a ESF, em termos de práticas e instrumentos utilizados da população e suas vulnerabilidades. Tomando como objeto de investigação as práticas na atenção em HIV/aids na ESF, integra a investigação “Vulnerabilidade programática ao HIV/aids e os desafios da integralidade: enfrentamento na Estratégia Saúde da Família, projeto de pesquisa que conta com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo 571.057/2008 (Nichiata, 2010).

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Desde o surgimento dos primeiros casos da doença no início de 1980, o Brasil buscou dar respostas para o controle da epidemia que paulatinamente se estabeleceu. Esta resposta veio por meio da estruturação de Programas nos três níveis de governo e ainda hoje é prioridade de política pública de saúde, pois embora seja uma epidemia de certa forma controlada, a aids continua fazendo milhares de vítimas no País.

Após 30 anos do surgimento da epidemia, o perfil da população com infecção pelo HIV sofreu importante mudança. A feminização, heterossexualização e interiorização da epidemia mostraram a necessidade de ampliar o acesso da população à prevenção e assistência ao HIV/aids. Sendo assim, a partir de 1990, surgiram discussões a respeito da integração de atividades de prevenção dentro da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) e, com isso, o fortalecimento da atenção básica (AB) tornou-se a principal estratégia do Ministério da Saúde (MS) para o alcance da integralidade das ações no atendimento às PVHA.

Atualmente, o modelo de organização da atenção básica, priorizado no Brasil é a ESF, que traz em seu escopo a proposta de concretização do princípio da integralidade. Mais recentemente, há recomendações para que o ESF realize também ações voltadas ao acompanhamento das PVHA. Na prática, os instrumentos que firmam o compromisso do atendimento em relação aos encaminhamentos para a complementaridade da assistência em níveis de complexidade progressiva (referência e contrarreferência), não têm sido eficientes como mecanismos transformadores do acesso às PVHA.

Este estudo busca conhecer quais os aspectos de articulação entre os serviços especializados e a AB que dificultam e facilitam a integração das ações desses dois níveis de atenção à saúde, no que se refere ao atendimento às PVHA.

Inicia-se a introdução sobre a temática, apresentando síntese do panorama da epidemia no Brasil e no mundo e as principais tendências

identificadas ao longo dos anos. Na sequência, segue breve cenário sobre as políticas de enfrentamento ao HIV/aids em âmbito nacional, estadual e municipal. E por fim, um quadro atualizado sobre a organização da assistência às PVHA.

1.1 A EPIDEMIA DA AIDS NO BRASIL E NO MUNDO

As mortes relacionadas ao HIV/aids, bem como o número de novas infecções pelo vírus ainda apresentam dados numericamente alarmantes, revelando uma importante lacuna existente entre as políticas de saúde e a prática vivenciada no cotidiano da população que necessita de assistência à saúde.

As estatísticas anuais apontam que, muito embora a prevalência de HIV tenha chegado a um patamar estável, a aids continua entre as principais causas de morte entre adultos jovens. Aproximadamente, 30 milhões de pessoas em todo o mundo já morreram em razão do HIV e, em 2009, havia 33,3 milhões de pessoas vivendo com o vírus. Nesse mesmo ano, ocorreram 1,8 milhão de mortes relacionadas à aids e 2,6 milhões novas infecções. Portanto, em torno de 7,1 mil pessoas são infectadas diariamente com o HIV. As mulheres representam cerca de 50% do total de infectados e, em alguns países este número é crescente. Os jovens (15-24 anos) representam 45% das novas infecções mundiais (Unaid, 2010).

Estes dados ganham destaque nos países de capitalismo periférico, como os da África Subsaariana que, em 2009, passou a ter 22,5 milhões de pessoas vivendo com HIV, totalizando 67% do contingente de pessoas que vivem com HIV no mundo. É importante destacar que o número de crianças infectadas, até 2007, nesse território chegava a dois milhões, representando um total de 90% das crianças infectadas pelo HIV no mundo (Unaid, 2008; Unaid, 2010).

De acordo com dados da Joint United Nations Programmes on HIV/AIDS (UNAIDS) na América Latina, a epidemia também foi estável na última década, embora seja um fenômeno de grande magnitude e extensão. Até 2007 existiam 1,7 milhões de pessoas vivendo com o HIV e destacam-se o Brasil e o México com as maiores epidemias por serem, também, países com as maiores populações. No Brasil, são 30 mil novos casos por ano. Estima-se que cerca de 730.000 pessoas vivem com o HIV, ou seja, mais de 40% da população que vive com o HIV na América Latina são brasileiros (Unaid, 2008).

Quanto aos modos de transmissão, entre os casos diagnosticados, encontram-se diversas formas, a depender do local. Na África Subsaariana e no Caribe, predominam a transmissão heterossexual. Enquanto no Leste Europeu, a transmissão por uso de drogas injetáveis é mais frequente. Na Ásia, ocorre tanto pelo uso de drogas injetáveis como pela prática de sexo desprotegido por profissionais do sexo feminino. Na América Latina, o principal modo de transmissão é pelo sexo desprotegido entre homens, embora exista aumento da transmissão heterossexual em alguns países (Unaid, 2008).

No Brasil, o primeiro caso de HIV/aids foi notificado em julho/1982, no Estado de São Paulo. Anos mais tarde, como resultado de um estudo retrospectivo, descobriu-se que o primeiro caso ocorreu em 1980 e, a partir daí, passou-se a considerar este o ano de referência para o surgimento da epidemia no País (Marques, 2002).

Desde o início da epidemia até dezembro de 2010, foram identificados 592.914 casos de aids, sendo 320.666 em homens adultos, 156.067 em mulheres adultas e 14.926 em menores de 13 anos de idade. O número de casos notificados corresponde ao de pessoas que desenvolveram aids e não ao número de indivíduos soropositivos para o HIV, pois no País apenas a aids é de notificação compulsória (Santos et al., 2002; Brasil, 2010a).

A epidemia é um dos principais problemas de saúde pública brasileira e afeta de maneira diferente suas diversas regiões, atingindo cada vez mais os municípios de pequeno porte. As análises apontam que, dentre os casos notificados, a velocidade de crescimento é maior entre as mulheres, homens

heterossexuais e população de menor renda e nível educacional, embora a categoria de maior incidência continue a ser os usuários de drogas injetáveis e homens que fazem sexo com outros homens. A aids é uma das principais causas de mortalidade entre adultos jovens (Szwarcwald et al., 2000; Fonseca et al., 2000; Unids, 2008; Barbosa Júnior et al. 2009; Brasil, 2010a).

Do total de casos notificados no Brasil, até dezembro de 2010, 344.150 (58%) referiram-se as notificações na Região Sudeste, destes, 212.071 (61%) foram no Estado de São Paulo. Historicamente, São Paulo sempre foi o estado que apresentou o maior número de casos e exerce até os dias atuais o papel de maior relevância, por ser uma região populosa, com número maior de municípios urbanizados e onde a epidemia é mais antiga no País (Brasil, 2010a).

Entretanto, vale destacar que, com relação à incidência da doença, o Estado do Rio de Janeiro superou o Estado de São Paulo, desde 2002, pois até dezembro de 2009, as taxas de incidências passaram a ser, respectivamente, 30,7 e 20,1 por 100 mil habitantes (Brasil, 2010a).

Dentre os 645 municípios, a capital do Estado de São Paulo é aquela com maior número de casos, concentrando cerca de 40% do total notificado. No Município de São Paulo houve, de 1980 a 2009, 74.310 casos de aids, sendo 30.226 óbitos em homens e 9.187 óbitos em mulheres (São Paulo, 2010a).

Tomando o último Boletim Epidemiológico Aids/DST 2010 da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo e o Boletim Epidemiológico Aids/DST 2010 do Estado de São Paulo, os perfis da epidemia no Estado e Município são muito semelhantes, dado que mais de cerca de 40% dos casos são da capital. (São Paulo, 2010a; São Paulo, 2010b).

No Município de São Paulo, o número de casos de aids concentra-se entre os jovens (entre 20 e 49 anos), cerca de 86% do total de casos; com tendência de elevação no número entre as mulheres e indivíduos heterossexuais com idade acima de 50 anos. A razão entre os sexos mantém-se 2/1 desde 1997. Há predomínio da epidemia entre as pessoas consideradas de raça branca (cerca de 50% do total), muito embora o percentual entre negros e pardos tenha aumentado nos últimos anos (São Paulo, 2010a).

Com relação à escolaridade, houve um aumento no número de casos masculinos com escolaridade entre 8 e 11 anos nos 2 últimos anos. Já entre as mulheres, embora o maior número de casos esteja entre as de maior escolaridade, observou-se um percentual significativo de casos com escolaridade entre 4 a 7 anos. De acordo com a categoria de exposição, houve estabilização de casos entre os homossexuais e aumento entre os heterossexuais femininos (São Paulo, 2010a).

Quanto à mortalidade, desde 1996, com a utilização da terapia antirretroviral (TARV), a aids vem caindo na classificação das principais causas de óbito na cidade São Paulo, para a população geral. Naquele ano, encontrava-se em 5º lugar, passando a 13º, em 2008, e chegando a 15º, em 2010 (São Paulo, 2010a).

O quadro geral, destacado anteriormente, aponta mudanças não só na taxa de mortalidade, mas também na incidência da doença nos últimos anos, seja pela melhoria do acesso aos serviços de prevenção e tratamento, seja pelo acesso universal à TARV (Santos et al, 2002; Unids, 2008).

De fato, nota-se tendência a estabilização no número de casos notificados, com aumento da sobrevida dos indivíduos com HIV/aids somado à redução de incidência de doenças oportunistas e queda das internações hospitalares. Além disso, os casos de transmissão vertical tiveram uma redução de 50% nos últimos 2 anos (Reis, Santos, Cruz, 2007; Unids, 2008).

Estes resultados em termos de melhor controle da epidemia resultam necessariamente da implementação de políticas públicas, que serão abordadas no capítulo a seguir.

1.2 POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO À AIDS NO BRASIL

De acordo com Marques (2002), é importante considerar o período que precede o surgimento da epidemia, pois nele se encontram “(...) aspectos políticos, sociais e culturais nos quais a doença se inseriu e foi construída (...)” O

cenário inicial para a construção das respostas políticas à epidemia foi formado pelo processo de redemocratização do País no final de 1970 e início de 1980. Naquele momento, a crise econômica estabelecida no governo militar que, posteriormente, culminou com a crise política do regime, fez aumentar a pressão social por mudanças políticas (Marques, 2002).

As eleições diretas para governador em 1982 foram ganhas por vários políticos chamados “esquerdistas” em importantes estados brasileiros. Em São Paulo, assumiu a Secretaria Estadual de Saúde (SESSP) um médico que não só se identificava com a “esquerda sanitária”, mas também foi representante das forças sociais, identificadas como Movimento Sanitário Brasileiro, no processo de redemocratização. Então foi possível a construção de programas de saúde baseados nos princípios desse Movimento que, mais tarde, estruturou o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido na Constituição de 1988 (Camargo Júnior, 1999; Marques, 2002; França, 2008).

Ao se articularem, os crescentes movimentos sociais, os princípios e diretrizes que marcaram, ainda que com dificuldade de implantação, uma mudança de sistema de saúde no Brasil, e o início do processo de redemocratização, formaram o pano de fundo para que os sujeitos dessa história dessem início à construção da política de enfrentamento à aids/HIV no país. (Marques, 2002)

O secretário de saúde nomeado tomou posse de seu cargo em março de 1983 e, logo após, em junho, a epidemia da aids passou a ser amplamente divulgada pela imprensa brasileira, data oficial de óbito da primeira vítima no estado de São Paulo até aquele momento (França, 2008).

Dentro desse contexto político que, em 1983, no Estado de São Paulo organizou-se o primeiro esboço de política pública de enfrentamento da epidemia de HIV/aids no Brasil, formulada com base na demanda trazida pela sociedade civil. O Programa Estadual DST/AIDS-SP (PE-DST/AIDS-SP) surgiu no Estado paulistano como uma resposta à reivindicação de um grupo de pessoas ligadas ao movimento gay. Na ocasião, a SESSP organizou um grupo de trabalho

composto por técnicos de diversas áreas da instituição e criou um conjunto de medidas, destacando-se o estabelecimento da notificação compulsória dos casos de aids e a criação de um serviço de informação por telefone, o que propiciou uma instância de participação da sociedade civil (Galvão, 2000; França 2008).

A criação do programa de AIDS do estado de São Paulo é um exemplo da combinação de um governo democrático com a crescente mobilização de setores da sociedade civil e o aumento do número de casos de pessoas HIV positivas no estado de São Paulo. Mas outro elemento que pode ser mencionado, e que foi fundamental para a criação do programa de AIDS do estado de São Paulo, foi a pressão exercida por grupos ativistas gays paulistas (...) (Galvão, 2000)

É importante destacar que a implementação de uma política de enfrentamento ao HIV/aids não foi totalmente livre de obstáculos, justificados por ser uma doença de minorias e carregada de preconceito. Mesmo na SESSP, houve momentos de retrocesso na implementação das políticas. No início de 1990, em razão de problemas políticos que se consolidavam à época, o Programa Estadual enfrentou sérias dificuldades e quase foi esquecido, não fosse pelo esforço pessoal de alguns de seus mentores (Guerra, 1993; Kalichmann, 2001; França, 2008).

O preconceito que a envolvia, por ser reconhecida entre grupos de homossexuais e usuários de drogas injetáveis, fez com que a doença não fosse prioridade de saúde pública nacional naquele momento e, portanto, as respostas políticas para seu enfrentamento ocorreram já com algum atraso (Camargo Júnior, 1999).

A resposta em nível federal ocorreu 2 anos depois, em 1985. Quando o MS, pressionado pelas coordenações estaduais e pelas Organizações Não Governamentais (ONGs), discutiu pela primeira vez o problema da aids, já havia 13 Programas Estaduais em outros estados da União, implantados de acordo com o modelo paulista (Barboza, 2006; França, 2008).

A criação do Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN-DST/AIDS), coordenado pela Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde do MS, baseou-se nos referenciais éticos, legais e políticos já existentes no Estado de São Paulo (Guerra, 1993; França, 2008).

Embora existisse oficialmente, naquele momento, o PN-DST/AIDS não tinha uma estrutura de recursos humanos com experiência para formulação de diretrizes para enfrentamento da epidemia. Por isso, a equipe integrante do PE-DST/AIDS-SP frequentemente foi a Brasília participar de reuniões, a fim de elaborar as ações que seriam realizadas a partir dali. Durante o ano de 1986, foram realizados encontros em todo o território para se ter um panorama da epidemia no Brasil e, a partir daí, foram elaboradas diretrizes e estratégias em todas as regiões do País (França, 2008).

As estratégias do PN-DST/AIDS estavam basicamente centradas na vigilância epidemiológica, na assistência médica e na divulgação de mensagens de alerta e de não discriminação, dentro de um contexto de poucos recursos financeiros (França, 2008).

Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde que discutiu a reestruturação da saúde no Brasil, pautando sua discussão em torno da necessidade de fortalecimento da AB e descentralização das ações de saúde. A Conferência é um marco na história do setor saúde brasileiro, pois nela as ideias do movimento da Reforma Sanitária foram firmadas e tornaram-se as bases para a construção do SUS (França, 2008; São Paulo, 2009a).

Foi nesse contexto político nacional, que se organizou o Programa Municipal de DST/AIDS do Município de São Paulo (PM-DST/AIDS-SP) e suas diretrizes, em 1987. Inicialmente, as ações do Programa Municipal estavam voltadas essencialmente para a sensibilização dos profissionais, com uma estrutura pequena e sem unidades próprias para o atendimento às PVHA (Gryschek, 2001).

Em âmbito nacional, uma ação do MS extremamente importante para a modificação do curso da história da epidemia no Brasil foi o controle de sangue, institucionalizado no País, em 1988, pela Lei nº 7649/88. No Estado de São

Paulo, a Assembleia Legislativa já havia aprovado, desde 1986, a Lei nº 5/90, tornando obrigatória a triagem sorológica para o HIV, porém sua implementação foi possível somente no final de 1987. A obrigatoriedade do teste anti-HIV nas doações propiciou queda significativa no número de casos de aids por transfusão de sangue e hemoderivados (Barboza, 2006).

Em 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Nascia o SUS, uma política de saúde brasileira que assumiu como princípios a universalidade, equidade e integralidade e, como diretrizes operacionais, a descentralização e a hierarquização em respectivas esferas de atuação. Posteriormente, o SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (Brasil, 1988; Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

Na área da saúde, o processo de descentralização representou uma alternativa de racionalização, capaz de promover maior eficácia nos diferentes aparelhos ligados ao Estado, responsáveis pela implementação de políticas públicas. Caracterizou-se pela transferência de poder decisório e de responsabilidade pela execução das ações para o Município, no qual ocorrem as relações entre os usuários e os serviços de saúde, fortalecendo a participação democrática, sem desconsiderar a corresponsabilidade do MS e das secretarias estaduais (Barboza, 2006).

No âmbito da atenção em HIV/aids, significou o desenvolvimento da descentralização das ações para os municípios, com aportes de recursos para seu desenvolvimento, envolvendo as três esferas de governo.

Vale destacar ainda como uma ação do MS, a adoção de uma política de distribuição gratuita de medicamentos para aids, em 1991. Esta ação foi resultado de pressões junto ao governo federal por parte de ONGs, manifestações públicas, ações judiciais e pressões políticas. O Brasil passou a ser o primeiro País a oferecer medicamentos antiaids (Galvão, 2002; França, 2008). A distribuição gratuita do AZT, primeiro medicamento eficaz, ainda que com limitações, modificou o curso da história.

A partir de 1993, o Banco Mundial passa a ser o grande financiador de projetos na área da saúde voltados ao HIV/aids em âmbito nacional. Em 1994, o Brasil assina um primeiro acordo com o Banco (AIDS I), fato que impulsiona o desenvolvimento do Programa Nacional, bem como os Programas Estaduais e Municipais. Seguem-se os acordos de empréstimo AIDS II e AIDS III, este último vigente até 2006 (Brasil, 2009). É importante ressaltar que o recurso proveniente do Banco Mundial destinado à prevenção, vigilância epidemiológica e desenvolvimento institucional possibilitou a ampliação das ações de descentralização para os municípios (Galvão, 2002).

Paralelamente, no âmbito geral do SUS, em 1994, seguindo a linha central de incentivo e fortalecimento da AB, o MS assumiu a implantação da ESF como modelo de reorganização da assistência. A institucionalização da ESF ganha evidência com a aprovação da Portaria do MS (1996) denominada NOB 96 (Norma Operacional Básica do SUS de 1996). Esta Norma tem como objetivo estimular o processo de descentralização/municipalização da saúde. Para a implantação da Estratégia, os municípios deveriam aderir voluntariamente a um conjunto de responsabilidades e prerrogativas de gestão, responsabilizando-se por todos os serviços de saúde (Brasil, 1996).

O processo de descentralização não ocorreu de forma homogênea no País. Nesse momento histórico-político, o Município de São Paulo não se adequava à modalidade de gestão do SUS. O modelo de estruturação dos serviços de saúde pública seguia o estabelecido pelo Plano de Atendimento à Saúde (PAS) (Capistrano, 1999).

O PAS foi um modelo de gestão na área da saúde, baseado em dois princípios: regionalização do atendimento e administração e operação das unidades de saúde por gestão eficaz contratada; totalmente contrário aos princípios estabelecidos pelo SUS, na Constituição de 1988. Sendo este um processo antidemocrático, tornou-se objeto de uma grande discussão política, jurídica, técnica e social na época (Matsumoto, 1999).

Ainda que tais questões políticas à época não permitissem a integração das instituições municipais de saúde com a coordenação estadual para questões

relacionadas ao controle da aids, a estrutura do serviço prestado ao HIV/aids foi significativamente ampliada. Uma condição que propiciou o fortalecimento da atenção em HIV/aids, foi a migração de funcionários municipais que eram ideologicamente contrários à proposta do PAS para a estrutura do PM-DST/AIDS. O número de funcionários da saúde que não aderiu ao sistema e passou a compor a força de trabalho no PM-DST/AIDS-SP chegou a 2.200 e, destes, 671 faziam parte da equipe de enfermagem (Matsumoto, 1999; Gryscek, 2001).

Entre 1994 e 1998, vários projetos financiados pelo AIDS I foram executados, e a rede municipal de Serviços de Atendimento Especializado (SAE) para o atendimento às PVHA foi ampliada. Entretanto, tais serviços não se articulavam, necessariamente, com a AB (Monteiro, Oliveira, 2007).

Em meados de 1999, já na vigência do AIDS II, inicia-se a formulação de projetos com vistas à ampliação das ações de prevenção em DST/aids. A partir de 2000, nota-se a necessidade de articular tais projetos com as instâncias gestoras do SUS e a rede de serviços de saúde para garantir um aumento da cobertura populacional (Monteiro, Oliveira, 2007).

1.3 A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO BRASIL

O Instituto de Infectologia Emílio Ribas, principal referência nacional em doenças infectocontagiosas, realizou a primeira internação por aids no Brasil, em 1983. Posteriormente, em 1986, com o avanço crescente da doença, foi criada uma extensão do hospital em um prédio anexo, o Emílio Ribas II, destinado à internação exclusiva de pessoas com aids (Guerra, 1993).

Em janeiro de 1987, um ano depois, com 35 leitos ocupados, dos 60 que eram destinados ao paciente com aids e após uma carta aberta da equipe médica denunciando as más condições do hospital, o Ribas II foi fechado (Guerra, 1993; Bosco, Bianco, 2008).

A partir daí, os pacientes vivendo com aids passaram a ser atendidos em um espaço pequeno, reformado, no próprio Instituto. Por ser ainda desconhecida e pelo preconceito que carregava, as PVHA eram atendidas basicamente no Emílio Ribas e nos Hospitais Universitários reunidos, sobretudo, na capital. Todo o restante da rede de hospitais, públicos ou privados, recusava-se a atender tais pacientes, restringindo o acesso. A impossibilidade de internação de toda a demanda no Emílio Ribas levou à criação da modalidade de assistência conhecida como Hospital-Dia para pessoas com aids, locais onde ocorre a internação de curto período, sem pernoite (Bosco, Bianco, 2008; França, 2008).

Com o crescimento da epidemia no Estado, e o aumento da demanda por serviços de assistência, foi criado pela SESP o Centro de Referência e Treinamento em Aids, o CRT-A, no início de 1988. Vinculado ao gabinete do secretário estadual da saúde, passou a ser incorporado ao Programa Estadual de DST, em 1993, transformando-se, posteriormente, no CRT-DST/AIDS. Inicialmente, a proposta do projeto de criação do Centro de Referência era descentralizar programas de DST/aids e suprir a carência ambulatorial. Além da referência técnica, o CRT-DST/AIDS teve papel importante na implementação de alternativas assistenciais, como Hospital-Dia e Assistência Domiciliar Terapêutica (Kalichman, 2001; França, 2008).

Outra iniciativa na organização do atendimento foi a criação da Central de Vagas, permitindo a internação de pessoas com o HIV/aids não só no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, mas também em outros hospitais públicos de São Paulo, o que possibilitou uma melhora no acesso à assistência (França, 2008).

Nota-se que a organização das ações de assistência na atenção ao HIV/aids iniciou-se nos hospitais, ou seja, na atenção especializada. A organização das ações de prevenção propriamente começou com a criação de serviços de diagnóstico precoce, que foram batizados com o nome de Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS). Sendo o primeiro deles criado em 1988 no Rio Grande do Sul (Wolffenbuttel, Carneiro, 2007).

Em São Paulo, o primeiro COAS, data de 1989, de gestão municipal. O COAS Henfil, localizado na região central da cidade, passou a ser responsável por ações de acolhimento e aconselhamento para realização da testagem sorológica às pessoas que, espontanea e anonimamente, procuram pelo serviço (Guerra, 1993; Wolffenbuttel, Carneiro, 2007).

Posteriormente, os COAS foram rebatizados com o nome de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) (Wolffenbuttel, Carneiro, 2007).

Sendo regidos por princípios organizacionais como a acessibilidade e gratuidade; confidencialidade e anonimato; agilidade e resolutividade; aconselhamento pontual e adequado; garantia de referência aos portadores do HIV à assistência e grupos comunitários de ajuda mútua. Os CTA atendem até os dias atuais a uma demanda espontânea; aumentaram o acesso ao teste sorológico gratuito e absorveram a demanda para testagem e diagnóstico do HIV que procuravam o banco de sangue. Além de contribuírem para a diminuição do risco de infecção por HIV, por estimularem a adoção de práticas seguras e levarem informações sobre prevenção das DST (Wolffenbuttel, Carneiro, 2007).

Entre 1994 e 1998, durante a vigência do Projeto AIDS I, houve ampliação da rede municipal. Em nível ambulatorial, focados para o atendimento dos casos de aids, foram criados os Serviços de Assistência Especializada (SAE); e focados na realização do diagnóstico precoce para o HIV, foram criados vários outros COAS (Monteiro, Oliveira, 2007).

Atualmente, os SAE permanecem sendo serviços que realizam prevenção, diagnóstico e tratamento para pessoas com DST, HIV e aids. Este serviço conta com equipe multiprofissional incluindo médicos em mais de uma especialidade (Brasil, 1998a; São Paulo 2009b).

A rede de atendimento também conta com os Centros de Referência em DST/AIDS (CR) e os Ambulatórios de Especialidades (AE). Os CR's são serviços de maior resolutividade, estruturados como referência aos serviços de menor complexidade, realizando os mesmos níveis de atenção de um SAE, mas com capacidade para procedimentos diagnósticos mais complexos como endoscopia,

ultrassonografia e radiologia. Os AE's são serviços ambulatoriais onde são atendidas diversas especialidades, incluindo equipe exclusiva para a prevenção e atendimento às DST/HIV/Aids (São Paulo, 2009b).

Vale destacar que, até o fim de 1990, com exceção dos CTA, as ações de prevenção eram desenvolvidas basicamente por organizações da sociedade civil, voltadas à disponibilização de preservativos, realização de palestras e educação em saúde (Parker, 2002). Já as ações de assistência ao HIV/aids estavam concentradas na atenção especializada, seja em nível ambulatorial ou hospitalar.

Conforme abordado anteriormente, com a implementação do SUS, a partir de 1990, intensificam-se as discussões de integração das ações de prevenção dentro da estrutura do sistema, tendo como foco a gestão municipal da saúde e o fortalecimento da AB sob sua responsabilidade.

A modificação no perfil da epidemia (feminização e heterossexualização) culminou em novas discussões sobre a necessidade de incorporar ações de prevenção às DST/aids nos serviços de AB (Ferraz, Nemes, 2009).

No Brasil, tais discussões propiciaram avaliar e intensificar ações voltadas à saúde da mulher, sobretudo aquelas referentes ao pré-natal e parto. Desde 1994, sabe-se que o uso do AZT pela gestante infectada e pelo recém-nascido nas primeiras semanas de vida pode reduzir em até 70% o risco de o neonato ser infectado. Desde então, o governo brasileiro vem se empenhando para reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV no País (Brasil, 2002a; Brasil, 2007a).

Entre as medidas, destacam-se o aconselhamento e a realização de sorologia para HIV no pré-natal, realizados nas Unidades Básicas de Saúde. Quando diagnosticado HIV em gestantes, estas são encaminhadas ao serviço de referência, onde é feito o monitoramento da infecção e indicada a administração do AZT combinado a outros antirretrovirais (ARV). No momento do parto, a gestante é orientada a informar sua condição sorológica, levando consigo o cartão de acompanhamento do pré-natal onde estão descritos os resultados dos exames realizados. É administrado o AZT durante o trabalho de parto e ao

recém-nascido e indicada a substituição do aleitamento materno. (Brasil, 2003a)

Além da atenção à saúde da mulher, um novo acordo de empréstimo – AIDS II – aprovado pelo Banco Mundial, em 1998, também possibilitou, a partir de 2000, o fortalecimento da atenção básica para o enfrentamento das DST/aids como uma estratégia para o aumento da cobertura populacional das ações de prevenção (Monteiro, Oliveira, 2007).

Os adolescentes, as mulheres e as pessoas em situação de pobreza, demandaram aos profissionais da AB necessidades de qualificação na atenção em HIV/aids. Foi assim que a Coordenação Nacional de DST/aids (CN DST/aids) alocou verbas para a capacitação das equipes de saúde que atuam dentro do modelo de assistência da ESF. (Monteiro, Oliveira, 2007).

Este modelo de atenção à saúde, voltado à Saúde da Família é priorizado pelo MS por ser uma estratégia que reorganiza a AB, de acordo com os princípios do SUS: universalização, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular (Brasil, 1994; Brasil, 2001a).

Segundo o MS, este é um modelo de assistência que possibilita “mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população, na estruturação dos serviços e no padrão de assistência oferecida à população pelo sistema público de saúde” (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b). Portanto, contempla a assistência integral e a unificação das ações curativas e preventivas, incluindo as ações relativas à assistência ao HIV/aids.

Assim, alguns documentos referenciais do MS foram produzidos e publicados em um esforço de integrar as ações de prevenção às DST/aids à atenção básica, bem como reforçar sua extrema importância no combate à epidemia. São eles: Plano Estratégico do Programa Nacional de DST e Aids, em 2004; e o Caderno de Atenção Básica, no 18 – HIV/Aids, hepatites e outras DST, em 2006 (Brasil, 2004a; Brasil, 2006b).

No Estado de São Paulo, houve um esforço para aprimorar as ações de prevenção e assistência as DST/aids desenvolvidas pela AB com base nas oficinas de trabalho envolvendo os gerentes, coordenadores e interlocutores de

todos os programas envolvidos: Coordenação Estadual de DST/aids-SP, Programa Saúde da Família, Programa Saúde da Criança, Programa Saúde da Mulher e Adolescente e Programa de Hepatite, e estão descritas no documento “ações de prevenção e assistência às DST/aids na rede básica à Saúde do Estado de São Paulo” (São Paulo, 2003; Monteiro, Oliveira, 2007).

A Coordenação do PE-DST/AIDS-SP entende que o acompanhamento das pessoas já vivendo com HIV/aids deve se dar em serviço especializado e que a AB, sobretudo na ESF, deve realizar ações no âmbito da Promoção e Prevenção. Além disso, são previstas ações de assistência fundamentais para a integralidade da atenção à saúde (São Paulo, 2003).

Para a garantia do princípio da integralidade, há necessidade da conformação do sistema de saúde como uma rede de serviços capaz de atender às necessidades de saúde de uma população determinada por meio da oferta sistematizada dos serviços de saúde, garantindo o acesso aos diferentes níveis de atendimento.

Com relação à produção científica, existem poucos estudos que relacionam a temática HIV/aids e a atenção básica/ESF e que tratam dos mecanismo de referência e contrarreferência em HIV/aids. Os estudos, de um modo geral mostram que a assistência é fragmentada e está distante do que pode considerar assistência integral.

Um estudo de abordagem qualitativa que trata da relação AB/serviços de atenção especializada chama a atenção exatamente que uma das dificuldades importantes para a integralidade da assistência em relação ao HIV/aids reside no ineficiente sistema de referência e contrarreferência (Silva et al., 2005).

O referido estudo, realizado com enfermeiros que atuavam na ESF de cinco UBS e profissionais de diversas categorias que atuavam em um SAE de Fortaleza (CE), apontou uma rede de atendimento desorganizada pela falta de comunicação entre a AB e a unidade especializada. As duas unidades de saúde desconheciam as rotinas de atendimento de cada um dos serviços e não realizavam nenhuma atividade em conjunto, o que, na prática, resultava em um atendimento pouco eficaz (Silva et al., 2005).

Em outro estudo, ao analisar as práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/aids, no Município do Rio de Janeiro, a autora identificou dificuldade de interlocução com as unidades de referência e contrarreferência como um dos entraves para o atendimento dos usuários. Os fatores dificultadores verificados para assunção de ações voltadas ao HIV/aids foram: sobrecarga de trabalho; falta de capacitação dos enfermeiros; falta de confiança das PVHA na equipe da ESF e a presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que, por fazerem parte da comunidade, distanciam as pessoas com HIV/aids da unidade de saúde pelo medo de tornar pública sua condição sorológica (Heringer, 2007).

Em estudo mais recente que buscou avaliar o sistema de referência e contrarreferência na ESF na região metropolitana do Rio de Janeiro, indicou que, para os entrevistados, os principais pontos dificultadores para o bom funcionamento do sistema de referência e contrarreferência é a limitada oferta de consultas e exames nos serviços especializados seguidos de precariedade ou inexistência de contrarreferência, entre outros (Serra, Rodrigues, 2010).

O sistema de referência e contrarreferência, definido por Witt (1992) diz respeito à articulação entre as unidades dos diversos níveis de atenção à saúde (primário secundário e terciário). Por referência, compreende-se o movimento de nível de menor para o de maior complexidade. Inversamente, a contrarreferência compreende o movimento de nível de maior para o de menor complexidade.

Esta ideia de diferentes níveis de complexidade remete a uma concepção vigente e normativa do SUS, concebida na década de 1990, de um sistema hierárquico de desenho piramidal, ascendente: na base, em maior extensão, a AB, onde a assistência envolve menos complexidade, local onde a maioria dos problemas de saúde é resolvida, “porta de entrada” do sistema, seguido de média complexidade e, no topo da pirâmide a alta complexidade (Mendes, 2010).

Criticando esta forma de conceber o sistema de saúde, Mendes (2010) questiona exatamente a ideia de que a AB é a de menor complexidade, pois é onde são exigidas tecnologias avançadas, segundo o autor, de relativas às

mudanças de comportamentos e estilo de vida. Mais do que isso, considera-se que é este o nível de atenção onde se exigem transformações amplas, em termos de condições de vida e saúde amplas da população moradora de um dado território. Desta forma, os níveis de atenção especializada constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades.

Maeda (2002) considera que, partindo-se do princípio que a rede de serviços de saúde está hierarquizada, o mecanismo de referência e contrarreferência representa “um dos fios condutores de articulação interinstitucional” sendo ele também um dos componentes para o desenvolvimento do princípio da integralidade.

Sugerindo outro modo de conceber a organização dos serviços de saúde, Mendes (2010) sugere o desenho de uma rede poliárquica de atenção em saúde, em que considerando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações de sentido verticalizadas, conformando-se em redes policêntricas horizontais, sendo o centro de comunicação a atenção básica.

Sendo assim, atualmente, o nível primário de atenção à saúde, AB tem o enorme desafio de compor essa rede de atendimento ao HIV/aids em consonância com os princípios estabelecidos pelo SUS, assumindo de forma eficaz seu papel dentro da rede de serviços.

Considerando que a ESF propõe-se a uma assistência integral às famílias sob sua responsabilidade, indaga-se: Como as UBS que operam esse modelo de atenção à saúde têm realizado o acompanhamento dos casos de HIV/aids? Como têm se relacionado com a unidade de atendimento especializado ao HIV/aids e quais os nós críticos dessa comunicação entre os dois níveis de atenção?

Dessa forma, a finalidade deste estudo é subsidiar discussões e propostas que proporcionem a melhoria da assistência às PVHA, bem como, contribuir para o aprimoramento do trabalho das equipes de saúde.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o sistema de referência e contrarreferência entre Unidades Básicas de Saúde que operam o modelo da ESF e o serviço especializado para o atendimento às PVHA, na região sul do Município de São Paulo, na perspectiva da vulnerabilidade programática.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as ações de referência e contrarreferência ao HIV/aids formalmente instituídas e operacionalizadas pelas Unidades Básicas de Saúde e pelos serviços especializados no atendimento às PVHA;
- Identificar os instrumentos de comunicação entre as equipes da ESF e os serviços especializados no atendimento às PVHA;
- Identificar a percepção e significados que os profissionais de saúde atribuem à contrarreferência das PVHA.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Para o alcance dos objetivos propostos neste trabalho, optou-se por um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode e não deve ser quantificado, considerando que “(...) trabalha-se com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”. A intencionalidade é inerente ao ato, às ações e às estruturas sociais (Minayo, 2004; Minayo, 2007).

Já a pesquisa exploratória, “(...) busca levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação deste objeto” (Severino, 2007).

3.2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Tomou-se o conceito de vulnerabilidade, desenvolvido na década de 1990 por Mann et al.,(1993), como superação dos conceitos de “grupos de risco” e, posteriormente, de “comportamento de risco”, utilizados para designar as condições que tornam todos de alguma forma vulneráveis ao HIV/aids. Não há pessoa ou população mais ou menos vulnerável ao HIV, mas condições que tornam as pessoas mais ou menos vulneráveis (Ayres et al., 2006; Takahashi, 2006).

Tal conceito traz implícita a noção de que a “chance” de exposição de uma pessoa ao HIV e aids resulta de um conjunto de aspectos: individuais, coletivos e contextuais. Dessa forma, a vulnerabilidade ao HIV/aids é analisada sob três aspectos interdependentes: vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática (Ayres et al., 2006).

Vulnerabilidade individual: esta análise parte do princípio de que todos os indivíduos são suscetíveis à infecção pelo HIV/aids, a depender do seu modo de vida, de seus valores e dos recursos de proteção disponíveis. “Nessa dimensão, a avaliação deve levar em conta aspectos cognitivos, comportamentais e sociais” (Takahashi, 2006).

Vulnerabilidade social: esta dimensão refere-se à dimensão social do adoecimento, levando em consideração o espaço social, as normas sociais vigentes, as normas institucionais e as relações de gênero, entre outros. “Este componente analítico busca focar diretamente nos fatores contextuais que definem a vulnerabilidade individual” (Ayres et al., 2006).

Vulnerabilidade programática: refere-se às políticas públicas de enfrentamento ao HIV/aids, metas e ações propostas nos programas de DST/Aids e organização e distribuição dos recursos para prevenção e controle. De acordo com Ayres et al.

O plano de análise da dimensão programática (...) da vulnerabilidade busca justamente avaliar como, em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não, mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade. O quanto nossos serviços de saúde, educação, etc., estão propiciando que estes contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos e grupos sociais?. (Ayres et al. 2006, p.397)

Sem desconsiderar as demais dimensões, mas entendendo que a dimensão programática, como expressão de uma política pública, é um determinante de destaque da vulnerabilidade das pessoas ao HIV/aids, busca-se esclarecer o modo como se dá a relação entre os serviços especializados e a atenção básica.

Tomando como objeto o mecanismo de referência e contrarreferência, segue abaixo um quadro síntese dos elementos que compõem a análise da vulnerabilidade, na dimensão programática:

CATEGORIA ANALÍTICA	ELEMENTOS DA ANÁLISE
Vulnerabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento da ESF na atenção ao HIV/aids • Referência e contrarreferência

3.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido na Supervisão de Área de Saúde de Campo Limpo da Coordenadoria de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, especificamente, no distrito do Capão Redondo.

Justifica-se a escolha pela região de Campo Limpo dado o desenvolvimento de projetos em parceria com o Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). O envolvimento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio das supervisões de área da saúde e da UNASP, pode fomentar a melhoria, tanto do sistema local de saúde como a formação dos enfermeiros e outros profissionais, bem como a educação permanente dos trabalhadores envolvidos.

No distrito do Capão Redondo, quando da coleta dos dados, havia 11 UBS, onde se encontravam implantadas a ESF e o Programa de Agentes Comunitários, totalizando 75 equipes, representando o quantitativo aproximado de 70 médicos, 70 enfermeiros, 140 auxiliares de enfermagem e 375 agentes comunitários de saúde, atendendo a um total de 278.823 pessoas. Estas equipes contam com duas unidades de referência para assistência às pessoas que vivem com HIV/aids (CRT DST/AIDS), localizadas nos distritos de Campo Limpo e Santo Amaro.

3.3.1 As UBS

As UBS pesquisadas são compostas pelo mínimo recomendado: recepção, sala de espera, sala para guarda de prontuários, sala para administração e gerência, copa, sanitários para pacientes e trabalhadores, consultórios médicos/enfermeiros, sala de procedimentos de enfermagem (coleta de exames para laboratório, curativo, inalação e administração de medicações, sala de imunização, dispensário de medicações), expurgo de material para limpeza, desinfecção e preparo para esterilização e sala para realização de atividades de grupo (Brasil, 2008a; Nichiata, 2010).

Embora as UBS apresentem este mínimo de infraestrutura física, a quantidade de salas para consultas não atende à necessidade dos profissionais, havendo rodízio de salas entre médicos e enfermeiros e falta de salas suficientes em todas as unidades para a realização de atividades educativas (Nichiata, 2010).

De um modo geral, as UBS dispõem de materiais específicos para abordar o tema DST/aids, como: modelos penianos, pélvicos, preservativos masculinos e femininos, fitas de vídeo e folhetos (Nichiata, 2010).

Conforme descrito por Nichiata (2010), os dados da Tabela abaixo fornecem panorama sobre as unidades de saúde pesquisadas.

Tabela 1 - Distribuição das Unidades de Saúde da Família, em relação ao ano de implantação, quantitativo de equipes, número de famílias cadastradas e população, segundo faixas etárias. Capão Redondo, São Paulo, 2009.

Unidade de Saúde	Ano implantação ESF	Equipe (N)	Famílias cadastradas ESF (N)	População cadastrada por faixa etária (anos)			Total pop cadastrada
				0 a 19	20 a 59	> 60	
J São Bento	2001	9 [#]	9.698	11.114	19.863	2.504	33.481
J Comercial	2002	9	8.317	10.644	18.104	2.409	31.157
Pq Engenho II	2002*	8	8.670	10.935	18.027	1.897	30.859
Pq Fernanda	2002**	6	6.310	8.234	13.747	1.739	23.720
J Germânia	2002	3	3.756	3.894	8.061	1.306	13.261
J Lídia	2002	6	6.798	7.326	14.514	2.726	24.566
J Macedônia	2002	7	7.163	8.729	14.864	1.647	25.240
Luar Sertão	2005	6 [#]	5.771	7.582	12.441	1.187	21.210
J Marcelo	2006*	8	7.934	10.494	17.336	2.116	29.946
J Magdalena	2008	5	4.825	6.514	10.386	1.220	18.120
J Maracá	2008	8 [#]	8.026	8.430	16.091	2.742	27.263
Todas	2001 a 2008	75	77.268	93.896	163.434	21.493	278.823

Obs:

* Mista (UBS + ESF); ** mista (UBS + AMA);

[#] Equipe incompleta

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – Relatório do Consolidado de Famílias – novembro de 2009. Coordenação da Estratégia Saúde da Família – UNASP.

Destaca-se que sete delas funcionam em edifícios pertencentes à Secretaria Municipal, construídas nas décadas de 1970/1980, com uma estrutura física que responde ao modelo de saúde da época, médico-centrado e focado no atendimento individual.

3.3.2 Os serviços especializados

O SAE Santo Amaro e o CRT Mitsutani são unidades ambulatoriais de referência ao tratamento de DST/aids e respondem diretamente à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, sendo o primeiro especificamente à Supervisão de Saúde de Cidade Ademar e Santo Amaro, e o segundo à Supervisão de Saúde do Campo Limpo e M'Boi Mirim.

O dois serviços foram inaugurados em 1996, funcionam das 7h às 19h, atendem pacientes com HIV, DST e coinfeção HIV/hepatites e HIV/DST, dispõem de três leitos para o atendimento em hospital-dia, em uma área de, quase, um milhão de habitantes. Recebem, aproximadamente, dois a três casos novos por semana. Cerca de mil pacientes com HIV/aids e outras DST, em cada um dos serviços, fazem tratamento ambulatorial (Nichiata, 2010).

Os serviços atendem à demanda espontânea e os pacientes que são encaminhados de outros serviços. Independente do modo como chegam ao serviço de referência, todos os pacientes são recebidos no Acolhimento por um profissional especializado de nível superior (médico, enfermeiro, assistente social ou psicólogo). Nesse momento podem falar livremente sobre sua condição, esclarecer dúvidas e receber informações sobre prevenção, tratamento, transmissão, etc.

Essas unidades também realizam o atendimento de gestantes com HIV/aids desde o pré-natal até o acompanhamento da puérpera e da criança.

Há ainda o Programa de Redução de Danos que consiste na distribuição gratuita, por um agente de prevenção, de um kit composto por agulhas, seringas, *swabs* de álcool, copos para diluição da droga e água destilada, cujo objetivo é minimizar os danos causados por e entre usuários de drogas injetáveis que compartilham seringas e agulhas.

Além disso, os serviços ainda realizam atividades de vigilância epidemiológica em relação ao HIV, aids, DST, hepatites e tuberculose.

Ambos são referências para acidentes de trabalho relacionados com exposição a materiais biológicos para profissionais dos serviços de saúde da rede.

De acordo com Nichiata (2010), as duas unidades não sabem referir o número de pacientes com HIV/aids notificados em seus serviços, matriculados e em atendimento que pertencem ao distrito do Capão Redondo, muito embora essa informação conste no banco de dados de notificação do HIV. Portanto, não conhecendo especificamente o território, não realizam atividades dirigidas a essa população, em particular.

O distrito ainda conta com outros serviços de saúde que compõem a rede de atendimento. A saber:

- 1 Pronto Atendimento (PA);
- 2 serviços de Atendimento Médico Ambulatorial (AMA);
- 1 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS);
- 1 Hospital (Hospital M'Boi Mirim), localizado no distrito do M'Boi Mirim.

3.4 SUJEITOS E INSTRUMENTOS DA PESQUISA

O estudo teve como sujeitos da pesquisa os 11 gerentes das UBS do distrito do Capão Redondo ou pessoas indicadas por eles, 23 equipes de saúde da família, dois enfermeiros e dois gerentes dos dois serviços especializados de referência para a região no atendimento às PVHA.

Os gerentes foram escolhidos por serem os responsáveis diretos pela organização e funcionamento das unidades, bem como por responderem diretamente à execução das políticas públicas na SMS e na UNASP, parceira da SMS na implantação da ESF daquela região.

Com os gerentes das UBS, foram realizadas entrevistas individuais, utilizando como instrumento um questionário composto por perguntas abertas e fechadas com o objetivo de caracterizar a organização e o funcionamento da ESF (Apêndice 1).

As 23 equipes de saúde da família formaram 15 grupos que foram abordados, segundo a técnica de grupo focal (GF). Esta técnica de coleta de dados caracteriza-se por um grupo de discussão no qual é possível estimular a expressão de opiniões, trazendo à tona questões centrais sobre um determinado assunto e grande quantidade de ideias e conceitos.

Foi elaborado um roteiro para conduzir os grupos focais (Apêndice 2) com o objetivo de captar a percepção dos profissionais de saúde sobre as ações desenvolvidas pelas equipes em relação à prevenção ao HIV/aids; ações desenvolvidas em relação às PVHA, diagnóstico e fluxograma de atendimento aos casos novos, instrumentos de comunicação utilizados entre os serviços e sobre a integração entre atenção básica e serviços especializados.

Já com os gerentes e enfermeiros do serviço de referência local, foram realizadas entrevistas (ER), utilizando um roteiro com perguntas abertas (Apêndice 3).

3.5 ETAPAS DA COLETA DE DADOS

As entrevistas com os gerentes foram agendadas pela coordenadoria da UNASP, parceira do projeto e realizadas em julho de 2009 por duas alunas de pós-graduação que se dividiram entre o número de unidades de saúde. O instrumento aplicado já havia sido previamente testado em duas unidades de saúde de outras regiões do Município de São Paulo e reformulado.

Os resultados preliminares obtidos por meio das entrevistas com os gerentes das 11 UBS subsidiaram a elaboração do roteiro que norteou a discussão com os grupos focais.

De acordo com a assessoria do laboratório de estatística da Escola de Enfermagem da USP, de um total de 75 equipes de saúde da família foram definidas 29 equipes para participação dos grupos focais.

As equipes participantes foram numeradas sequencialmente e sorteadas de modo aleatório pelo pacote estatístico Minitab 15.1. Definidas então as equipes, os grupos focais foram agendados e convidados também por meio da coordenadoria da UNASP. Entre os dias 23 de novembro e 4 de dezembro de 2009, foram realizadas as coletas de dados nos grupos focais por pesquisadores treinados.

Cada grupo focal deveria então contar uma equipe de saúde da família completa (um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde). Entretanto, em razão da dinâmica do serviço nas UBS, ficou estabelecido que apenas um auxiliar de enfermagem de cada equipe participaria do grupo focal.

Em alguns grupos, não foi observada participação de todos os membros, ou porque a equipe não estava completa em seu quadro ou porque o profissional não compareceu para o grupo.

Em três grupos focais foram necessários reunir duas equipes de saúde da família, por equívoco em relação ao horário agendado para tais equipes. Infelizmente, seis equipes de saúde da família não aceitaram o convite para participar da pesquisa nem compareceram em dia e horário agendados. Três gravações não puderam ser aproveitadas por qualidade insatisfatória do áudio.

Sendo assim, este estudo contou com a participação de 23 equipes de saúde da família (18 médicos, 23 enfermeiros, 21 auxiliares de enfermagem, 122 agentes comunitários de saúde) que formaram 15 grupos focais.

Os conteúdos das falas dos grupos foram gravados e transcritos na íntegra.

As entrevistas com os gerentes e enfermeiros das unidades de serviço especializado em DST/aids ocorreram, após prévios contatos telefônicos com as duas unidades, seguidos de convite formal para a participação na pesquisa. As

entrevistas foram realizadas nas próprias unidades, gravadas e transcritas na íntegra

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) após terem sido devidamente informados quanto aos objetivos da pesquisa, bem como seu caráter voluntário e a possibilidade de desistência por parte do participante em qualquer momento. Não houve recusas para participar.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os questionários aplicados aos gerentes das 11 UBS com ESF, com relação às perguntas fechadas, foram analisados, segundo a estatística descritiva, por meio de proporções. Com relação às questões abertas, foi utilizada a análise de discurso, segundo a técnica de Fiorin.

A técnica de análise de discurso proposta por Fiorin e Savioli (1991) está fundamentada na Teoria de Greimás ou Teoria da Geração de Sentidos do Texto que permite a apreensão de frases temáticas (Fiorin, 1989). Tal análise é realizada buscando os temas (elementos abstratos) e as figuras (elementos concretos) presentes nas falas. Segundo esses autores, os temas são palavras ou expressões que organizam, categorizam e ordenam a realidade percebida. Já as figuras são palavras ou expressões que se referem ao concreto (substantivos, verbos, adjetivos).

As falas dos membros da equipe da ESF que participaram dos grupos focais e as falas dos gerentes e enfermeiros dos serviços especializados em DST/aids foram gravadas, as fitas transcritas e submetidas às técnicas qualitativas de análise, de caráter compreensivo/interpretativo.

Tomando como objeto mecanismo de referência e contrarreferência, as entrevistas foram analisadas na íntegra e, dessa forma, seguiu-se a fase de releitura das transcrições, seguida da decodificação dos depoimentos e sua síntese em frases temáticas (Apêndice 4), que se encontram agrupadas, segundo os

elementos da vulnerabilidade e orientaram o processo de apresentação dos resultados.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as diretrizes éticas da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram contempladas, e o projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (Parecer 124/09 CAAE: 0066.0.186.000-098 e Parecer 366/09 CAEE: 0174.0.162.000-09). Sua realização foi autorizada pela Supervisão de Saúde do Campo Limpo e pela UNASP. O Projeto também obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (Processo nº. 783/2006). (Anexo B)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O ENVOLVIMENTO DA ESF COM ATENÇÃO AO HIV/AIDS

4.1.1 Conhecimento do diagnóstico do HIV pelas equipes de saúde da família

No Brasil, embora a prevalência do HIV possa ser considerada baixa, em torno de 0,6%, se comparada a alguns países localizados na África, cuja taxa chega a 10% e 20%, a infecção pelo HIV é um problema presente (Unaid, 2008).

A cidade de São Paulo concentra maior percentual de casos notificados no País, cuja taxa de incidência de aids é alta, e a infecção pelo HIV está presente nos serviços de atenção básica.

No presente estudo, com exceção de uma, em 10 unidades de saúde da família seus gerentes relataram casos de HIV/aids em sua área de abrangência e, destes, nove identificaram casos novos no último ano.

Um membro de uma equipe da ESF referiu a impressão de serem poucos os casos de HIV, pois, embora ofereça o teste, apenas uma vez obteve resultado positivo (GF 2.17). Nos serviços de referência em DST/AIDS, foram contabilizados de dois a três casos novos por semana, indicando a importância epidemiológica da epidemia, ainda que estes casos não se refiram somente ao distrito do Capão Redondo.

Nos grupos focais, as equipes de saúde da família corroboraram as informações dos gerentes, afirmando terem ou já terem tido, pelo menos, um caso de HIV/aids acompanhado por eles. (GF 1.5, GF 1.8, GF 8.1, GF 8.6, GF 8.8, GF 9.12, GF 10.9, GF 10.10, GF 11.2, GF 11.15). O grupo focal (GF5) que mencionou nunca ter realizado diagnóstico ou acompanhado alguém vivendo com a infecção, disse saber da existência de casos na área de abrangência de sua UBS.

Ao analisar a demanda de pacientes com HIV na ESF em Fortaleza, Silva et al.(2005) identificaram que, na ocasião do estudo, os profissionais desconheciam a existência de usuários com HIV/aids em sua área de abrangência, justificando que não realizaram esse tipo de atendimento. Na região do Capão Redondo, os profissionais reconhecem esse atendimento em sua área de abrangência ou no serviço e realizam ações específicas, particularmente, em relação à identificação de casos.

No último ano, sete gerentes asseguraram que os casos novos de HIV foram conhecidos por meio de exames solicitados pela própria UBS. As equipes reconhecem ser sua responsabilidade a identificação de casos de HIV/aids, com vistas ao diagnóstico precoce (GF 1.5, GF 1.8, GF 8.1, GF 8.6, GF 8.8, GF 9.12, GF 10.9, GF 10.10, GF 11.2, GF 11.15). Pela Portaria nº 151/09, o MS estabelece etapas seqüenciadas e fluxograma mínimo para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV em indivíduos maiores de 18 meses que deve ser realizado nos diferentes serviços de saúde.

Neste aspecto, o *aconselhamento* é uma ação de prevenção que facilita a abordagem dessas questões com o usuário, e o MS define como *aconselhamento* para realização do teste um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no usuário, tendo como objetivo promover a prevenção primária ao HIV, a adesão ao tratamento e o tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is). Está associado à necessidade do indivíduo de receber suporte emocional para lidar com a situação. Além disso, tem como propósito, diálogo, com caráter educativo, que trata das trocas de informações sobre as formas de transmissão, prevenção e tratamento, e avaliação de riscos, propiciando reflexão sobre valores, atitudes e condutas. Esta prática busca, em síntese, propiciar a participação ativa do usuário no processo terapêutico. (Brasil, 1998b).

Recomenda-se que esta ação seja realizada em todos os serviços de saúde por profissional de saúde treinado para tal (Brasil, 1998b). No entanto, questiona-se em que medida as equipes de saúde da família fazem o aconselhamento na forma como é proposto. As equipes apontam que não é uma ação de fácil realização, pois a oferta do teste de detecção do HIV envolve

questões íntimas, de comportamento e de vida privada. (GF 2.12, GF 2.14, GF 3.7, GF 4.11, GF 9.10, GF 11.12). Questiona-se se receberam treinamento adequado e se, de fato, o traduzem em sua prática cotidiana.

No aconselhamento para realização do teste anti-HIV, é importante que se discuta a possibilidade de contato da equipe de saúde para esclarecimento do resultado.

A partir de 2007 o MS regulamentou os procedimentos e condutas para realização da *abordagem consentida* com usuários que procuram os serviços de saúde para realização do teste anti-HIV e outras DST (Brasil, 2007b). Considerando o direito à privacidade, são abordados a importância do conhecimento do resultado do exame, os benefícios de se iniciar o tratamento, quando há infecção pelo HIV e solicita-se a autorização expressa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - sobre a permissão (ou não) do contato da unidade de saúde, identificando o meio pelo qual irá fazê-lo (telefone, endereço, email ou visita domiciliária).

O estudo desenvolvido por Heringer (2007) apontou que o aconselhamento ao teste anti-HIV ainda ocorre de modo superficial nas equipes de saúde da família, em razão de vários fatores, desde a exiguidade de tempo para realização de consultas mais qualificadas em detrimento da quantidade de formulários e outras exigências burocráticas, até a pouca qualificação para o manejo das questões que envolvem a atenção em DST/aids.

Ferraz e Nemes (2009) analisam que a prática de aconselhamento na AB reduz-se a repasse de informações, com prescrição de condutas e ao preenchimento de formulário.

Independente da realização ou não do aconselhamento, como é definido, as equipes de saúde citaram fazer a oferta do teste.

A grande maioria dos casos de HIV, segundo as equipes, foi identificada por meio de exames feitos na própria UBS, tratando-se de pacientes que faziam parte do grupo de prioridade de atenção da ESF, como gestantes e pacientes com tuberculose (TB). (GF 2.18, GF 9.11, GF 9.12, GF 10.9, GF 14.8)

Tradicionalmente, as gestantes são grupo prioritário das políticas de saúde e de atenção (Brasil, 2004b). Para as gestantes com HIV e outras DST, o reconhecimento de que a intervenção preventiva com medicações específicas para a infecção pelo HIV, durante a gestação e parto, fomentou investimentos em ações que buscam identificar essas mulheres mais precocemente, com oferta ampla do teste no pré-natal.

A oferta do teste anti-HIV no pré-natal é de fundamental importância, pois assegura à mulher o direito à informação e a receber tratamento e medicamentos antirretrovirais, evitando a transmissão vertical do HIV na maioria dos casos. O PN-DST/Aids recomenda a realização do teste anti-HIV a todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal (Brasil, 2003a).

Com relação aos usuários que apresentam diagnóstico de tuberculose, segundo as equipes, é frequente a descoberta de coinfeção com HIV. As equipes consideraram ser mais fácil abordar o tema e oferecer o teste anti HIV aos pacientes com TB, uma vez que a oferta e a solicitação do exame para tais pacientes são previstas no protocolo de atenção (GF 1.19, GF 2.22, GF 3.10, GF 5.7, GF 10.9, GF 10.10, GF 13.10).

Uma equipe revelou preocupação especial com a população carcerária, ex-presidiários e seus comunicantes, identificando como vulneráveis a ambas infecções. Reconheceu que há maior acesso às informações sobre a TB do que HIV no interior dos presídios e, por isso, parece haver interesse na realização de exame diagnóstico para tuberculose, o que não acontece em relação ao HIV. (GF 1.18, GF 1.20)

Na fala das equipes, a oferta do exame para outros usuários que não são gestantes e pacientes com tuberculose também é feita em situações específicas, como quando sabem se tratar de homens que fazem sexo com outros homens e/ou quando são usuários de drogas (GF 10.10, GF 10.13). A oferta de exames a estes indivíduos, em particular, denota a interpretação de que o HIV incide em determinados grupos de risco.

Assim como encontrado por Heringer (2007), nota-se que, embora o conceito de *grupos de risco* ou *comportamentos de risco* em relação ao HIV/aids tenha sido há muito superado, ainda permanece arraigado à prática assistencial dos profissionais de saúde, resultando em oferta de teste para diagnóstico a grupos específicos.

Sendo assim, conforme discutido também por Nichiata (2010), a oferta do teste anti-HIV ainda ocorre de modo restrito a determinados usuários, segundo um dado perfil pressuposto, o que contrasta com a recomendação do MS de oferta ampla do exame para toda a população que assim o desejar, tendo em vista a realização do diagnóstico precoce.

Algumas equipes não oferecem espontaneamente o exame de diagnóstico para o HIV, considerando que esta demanda deve ser trazida pelo próprio usuário, segundo eles, que esteja explícito o desejo de realizar o exame. (GF 2.10, GF 2.11).

De fato, de acordo com o Manual do MS, uma das premissas básicas para a realização do teste de HIV é a voluntariedade da decisão. Vale destacar, entretanto, que a oferta à realização do exame pode e deve partir do profissional, com vistas ao diagnóstico precoce e quebra da cadeia da transmissibilidade do vírus (Brasil, 1999).

Reconhecendo a necessidade de realizar diagnóstico precoce do HIV, tendo em vista que milhares desconhecem sua condição sorológica, o MS vem incentivando a realização do teste anti-HIV de forma ampla. Um exemplo é a campanha “Fique Sabendo”, que tem como principal objetivo incentivar a população a fazer o teste anti-HIV, de forma consciente, voluntária e espontânea.

O “Fique Sabendo” conta com a adesão voluntária dos municípios e unidades de saúde, tanto as unidades da AB como as da atenção especializada que recebem do estado e MS o suprimento de materiais para participação na campanha.

O Município de São Paulo é um dos que adere à campanha e contou, em 2010, com 52 unidades de saúde participantes. Dentre estas, 22 unidades eram UBS, duas unidades AMA e as demais eram os serviços especializados ao atendimento à DST/aids (SAE, CTA, AE, CR). Vale destacar que, entre as UBS e os serviços especializados participantes, houve participação de uma UBS e de dois serviços de referência ao atendimento às DST/aids que fazem parte do estudo.

No caso de menores de idade, duas equipes (GF 2.10, GF 2.11) lembraram que a testagem e o resultado do diagnóstico devem ser solicitados, quando há presença de algum responsável por ele durante o atendimento. Na fala das equipes, não houve distinção em relação à faixa etária referida.

Com relação a isso, segundo o MS, no caso de menor de 12 anos, a testagem e entrega dos exames anti-HIV só deve ocorrer com a presença dos pais ou responsáveis. Quanto aos maiores de 12 anos, após avaliação do profissional sobre suas condições de discernimento, fica restrito à vontade destes realizar o teste, assim como revelar o resultado a outras pessoas, prescindindo da presença do responsável, recomendação que tem como base o Estatuto da Criança e Adolescente (Brasil, 1999).

As unidades de saúde e as equipes de saúde da família tomam conhecimento de pessoas com o diagnóstico de HIV/aids de sua área de abrangência por diferentes meios. A percepção da ocorrência de HIV/aids na área de abrangência das equipes de saúde da família ocorre não só quando elas próprias realizam o diagnóstico.

Um dos gerentes mencionou que a unidade de saúde ficou sabendo pelo próprio paciente. Outro referiu a Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS), como fonte de informação para a ESF. E dois, por não terem casos novos no último ano, não fizeram referência ao modo como as equipes tomam conhecimento dos casos.

Na fala de um grupo focal, a ESF ficou sabendo por meio do Serviço de Vigilância em Saúde da região; outro grupo disse que a informação chegou por meio do ACS. Houve relatos de membros das equipes da ESF que referiram

saber o diagnóstico de HIV do paciente por meio de seus familiares e/ou vizinhos. (GF 2.13, GF 7.14, GF 11.13, GF 13.7).

Abdalla (2008) também identificou várias formas com que a equipe toma conhecimento sobre casos de HIV em sua área de abrangência, mas destaca que o ACS é o principal membro a receber e transmitir informações sobre a comunidade, pois é a ele que, na maior parte das vezes, o diagnóstico de HIV é revelado primeiramente.

Duas equipes apontaram saber o diagnóstico por meio do próprio paciente (GF 12.11, GF 15.1). Assim como encontrados por Ferreira e Nichiata (2008), vários membros das equipes afirmaram que a pessoa com diagnóstico de soropositividade para o HIV dificilmente o revela aos profissionais, por medo de preconceito, receio da possível exposição desta informação às outras pessoas da comunidade e, por consequência, medo de sentirem-se discriminadas. (GF 2.14, GF 2.15, GF 9.10, GF 11.11).

Fortes e Spinetti (2004), em um estudo descritivo e exploratório sobre o direito à privacidade das informações dos usuários e a atuação dos ACS, revelaram que o frequente contato do ACS com a comunidade resulta na revelação de aspectos de suas condições de saúde, antes de fazê-lo a outros elementos da equipe. O fato traz implicações éticas, sobretudo no que diz respeito ao acesso às informações pessoais que, eventualmente tragam algum grau de discriminação ou estigmatização.

Os autores consideram que os usuários têm direito de decidir sobre quando, como e a quem revelar seu diagnóstico. E à equipe de saúde cabe o dever de respeitar esse direito e manter em segredo os diagnósticos realizados nas unidades de saúde.

Ferreira e Nichiata (2008) ao estudarem as razões que levam mulheres vivendo com aids a revelarem seu diagnóstico à equipe de saúde da família, destacam que elas sentem-se encorajadas a fazê-lo, quando o diagnóstico é feito na própria unidade de saúde de ESF, onde são atendidas por profissionais com os quais estabelecem vínculo e relação de confiança.

Em contrapartida, não revelam o segredo à equipe, quando a postura do profissional que revela seu diagnóstico, gera medo e insegurança e quando não há o estabelecimento de relação de confiança com a equipe. Ainda por interpretar que a ESF tem seu foco de atenção voltado mais às pessoas com doenças graves ou crônicas. Por fim, dado que são atendidos nas unidades de saúde de referência para o HIV, onde é oferecido suporte assistencial, avaliam que não há necessidade de abrir o diagnóstico às equipes de saúde da família. Ferreira e Nichiata (2008)

Do ponto de vista das equipes de saúde da família, reconhecendo o direito à privacidade, considera-se que o conhecimento dos casos em sua área de abrangência é fundamental, para que sejam planejadas e realizadas as ações de prevenção e de assistência, particularmente, em relação ao acompanhamento das PVHA e suas famílias.

Para que haja condições que propiciem a revelação do diagnóstico, é necessário o estabelecimento de confiança e vínculo e, para isto, é preciso tempo de convivência. Segundo Figueiredo, Moya, Souza (2007), a construção do vínculo com as PVHA e seus familiares “exige tempo, espaço e paciência.”

O aconselhamento para a realização do teste de HIV é uma oportunidade para iniciar o processo de criação de vínculo e discutir a possibilidade de compartilhamento do diagnóstico, identificando a rede de apoio familiar e social e a necessidade de contatos, caso o resultado do exame venha a se confirmar positivo.

Neste estudo, a análise dos resultados encontrados relacionados ao conhecimento do diagnóstico de HIV/aids das equipes de saúde mostra que há vulnerabilidade programática. A oferta restrita de teste HIV às pessoas consideradas grupo de risco ou as previstas nos protocolos de atenção resulta no desconhecimento da real magnitude da epidemia em suas áreas de abrangência. A divulgação insuficiente sobre a importância do diagnóstico precoce do HIV é um marcador da vulnerabilidade programática, conforme elegeu Takahashi (2006).

4.1.2 Notificação de casos

No Brasil, todos os casos de aids são de notificação compulsória, desde que preenchidos os critérios laboratoriais e clínicos estabelecidos pelo MS de definição de casos em crianças ou indivíduos com 13 anos ou mais. Além dos casos de aids, os casos de gestantes soropositivas também são de notificação obrigatória. A obrigatoriedade segue a Lei nº 6.259/75 e a Portaria nº 05/2006 (Brasil, 1975; Brasil, 2006c).

A notificação compulsória é um registro que obriga e universaliza as notificações, visando ao rápido controle de eventos que requeiram pronta intervenção, sendo informada no SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação. Este sistema desenvolvido, no início da década de 1990, e regulamentado pelo MS, a partir de 1998, tem por objetivo principal reunir em uma base de dados informações sobre agravos em todo território nacional que são disseminadas rapidamente e utilizadas para análise do perfil de morbidade, com base em uma lista de doenças de notificação compulsória. Prevê um fluxo de informações de nível mais periférico, que pode ser a unidade saúde que atende o paciente, para os níveis mais centrais das diversas esferas de atenção à saúde.

Desde 1986, a doença aids passou a fazer parte do SINAN. A notificação de indivíduos com resultados de testes de HIV positivo, que não preenchem os critérios para definição de caso de aids, não é compulsória. O monitoramento da epidemia de HIV é feito basicamente por meio das notificações de casos de aids ou por estimativas (Santos et al., 2002).

Com os recentes avanços no acompanhamento das PVHA, principalmente com o uso dos medicamentos antirretrovirais, nota-se modificação importante na história natural da infecção, com aumento significativo do período de infecção assintomática. Com isso, torna-se cada vez mais necessária a vigilância da infecção assintomática do HIV e a análise do perfil e da dinâmica da epidemia nos diversos grupos populacionais (Santos et al., 2002).

No Estado de São Paulo, desde 1994, foi implantado o Sistema de Informação de Soropositivo Assintomático – SIHIV, possibilitando a notificação de todos os portadores assintomáticos do HIV. Permite avaliar algumas tendências da epidemia quanto às categorias de exposição, faixa etária, ocupação e residência, embora essa notificação não possa ser utilizada para cálculo de incidência e prevalência na população, passando em 2000 a integrar o SINAN (Santos et al., 2002).

A notificação de HIV pelos serviços de saúde deve ocorrer, após um teste positivo - Ensaio Imunoenzimático - ELISA e outro confirmatório (geralmente, Western blot) ou após dois testes rápidos positivos para o diagnóstico.

O Município de São Paulo, responsável por cerca de 40% dos casos no Estado, incentiva a notificação de HIV desde 2002 (São Paulo, 2009b), sendo realizado pelas unidades de referência.

Verificou-se que há dúvida e até desconhecimento sobre a notificação do HIV, sendo realizada das mais diversas formas, conforme análise dos relatos de gerentes, equipes e referências. Seis grupos focais e um serviço de atenção especializada não fizeram referência ou não souberam referir como se faz a notificação de casos de HIV. Em outros relatos, foram identificadas nas falas condutas desencontradas das equipes e dos gerentes em relação à notificação do HIV.

Um gerente citou que a notificação não pode ser feita pela UBS, justificando que há necessidade de teste confirmatório, demonstrando conhecimento do critério de notificação. Relatou iniciar o preenchimento do SINAN e o envio do documento por malote para o serviço especializado dar continuidade à notificação, caso o segundo teste anti-HIV, realizado naquele serviço, seja confirmatório.

Os demais gerentes das UBS e equipes parecem desconhecer a diferença entre notificação de casos de aids e de HIV. Dez gerentes disseram que a UBS faz a notificação da infecção pelo HIV, com base no teste ELISA, sem exame confirmatório. Destes, cinco referiram preenchimento do formulário SINAN antes do encaminhamento do paciente ao serviço de referência. E dois citaram

que apenas preenchem o formulário de encaminhamento do paciente em consulta, não fazendo nenhuma referência ao preenchimento do SINAN ou agendamento do atendimento no serviço especializado.

Um gerente e duas equipes de saúde (GF1.7, GF12.3) apontaram que a UBS deve enviar a informação sobre o resultado positivo do exame para a SUVIS e esta preencherá a ficha de notificação do HIV.

Outras equipes de saúde da família referiram ser função da UBS fazer a notificação dos casos de sorologia positiva para HIV, sem especificar a necessidade de teste confirmatório. (GF3.1, GF4.4, GF7.4, GF13.5, ER2.7).

Um dos serviços especializados respondeu que não se notifica o HIV só com o resultado do ELISA, realizado nas UBS. (ER2.8). Ao mesmo tempo, reforça que a UBS deve fazer a notificação, desconhecendo se o teste confirmatório está disponível nas UBS.

Os serviços especializados e uma equipe de saúde da família mencionaram que a SUVIS recebe uma lista das sorologias positivas enviada pelo laboratório responsável pelas análises (GF12.4, ER1.2, ER2.4, ER2.5). Sendo assim, muitas vezes, a SUVIS toma conhecimento dos casos com resultados de sorologia antes mesmo da ESF ou do serviço de referência, e faz os contatos com ambos. Outras vezes, a ESF toma conhecimento do caso primeiro e o comunica à SUVIS e ao serviço especializado (ER2.6).

Nota-se que há centralização na SUVIS das informações sobre os exames de anti-HIV solicitados com resultado positivo realizado pelas UBS e há concentração das notificações dos casos de pessoas que residem no Capão Redondo na unidade notificante de HIV, que é o serviço de referência. A UBS não tem o conhecimento dos casos, tanto das notificações por aids, como dos soropositivos para o HIV nem os de notificação de HIV de suas áreas de abrangência. Nos Boletins Epidemiológicos do Município de São Paulo e da região, são apresentados de forma agregados por Distritos Administrativos, dificultando o conhecimento da magnitude da infecção nos diferentes territórios.

Em síntese, com relação à notificação dos casos, aponta-se vulnerabilidade programática, à medida que os sujeitos da pesquisa desconhecem critérios e fluxos de notificação de HIV e aids.

Os resultados indicam necessidade de discussão e organização dos critérios para vigilância de HIV/aids, responsabilidades e fluxos de notificação de HIV entre os serviços envolvidos e da organização de fluxo de retorno das informações sobre a epidemia de HIV ocorridos no território, segundo a abrangência das unidades de saúde.

4.1.3 Encaminhamento ao serviço especializado

A constituição da AB como porta de entrada privilegiada do sistema de saúde exige que seja ela coordenadora e condutora dos cuidados dos indivíduos e suas famílias na rede assistencial, na busca pela melhor opção de atenção disponível.

Conforme descrito no Protocolo de Atenção Básica às DST/aids, pelo PEDST/AIDS-SP, o acompanhamento das pessoas já infectadas, doentes ou não, deve ocorrer em ambulatório especializado pela complexidade desse atendimento. À AB cabe realizar o diagnóstico precoce, ações de acolhimento, acompanhamento dos casos e encaminhamento adequado dos mesmos ao serviço especializado (São Paulo, 2003).

A Secretaria Municipal da cidade de São Paulo recomenda no Protocolo HIV/Aids para Unidades Básicas de Saúde a realização de ações de acolhimento, aconselhamento pré-teste, coleta do teste HIV, aconselhamento pós-teste específico para qualquer que seja o resultado e o encaminhamento para serviços especializados.

No presente estudo, constatou-se que os encaminhamentos de pacientes da ESF com sorologia positiva para o serviço especializado ocorrem de diferentes maneiras.

Os gerentes das 11 unidades de saúde referiram o SAE Mitsutani como único serviço de referência para o atendimento ao HIV/aids na região, localizado no distrito de Capão Redondo. Há o SAE Santo Amaro, localizado no distrito Santo Amaro, que também é referência para as UBS, que foi lembrado por uma equipe de saúde da família.

Cinco gerentes identificam o telefone, como principal meio de comunicação entre os serviços, provenientes principalmente do serviço especializado para a AB, ou seja, na contrarreferência. As equipes e os serviços especializados ainda citaram que, algumas vezes e a depender do profissional ou do caso, existe um contato telefônico entre os serviços, incluindo a SUVIS (GF5.3, GF 14.6, GFR1.2, GFR2.5).

Algumas equipes revelaram que um contato mais imediato é feito por telefone, em especial, nos casos de pacientes gestantes com sorologias positivas e/ou pacientes que já estão em tratamento e começam a faltar ao serviço especializado. (GF5.3,GF6.2, GF7.13, GF12.8)

Três gerentes consideraram o formulário formalmente instituído e denominado “Referência e Contrarreferência” como principal meio de comunicação.

Outros três gerentes consideraram que não há comunicação entre os serviços, que esta melhoraria, segundo uma equipe, caso fosse implantado o prontuário eletrônico (GF 14.13).

De fato, o fluxo de informação e comunicação, sobretudo realizado por meio de formulário em papel, é identificado como um fator complicador para a efetivação do sistema de referência e contrarreferência (Serra, Rodrigues, 2010).

Três gerentes e uma equipe (GF7.4) mencionaram que, além de utilizar o formulário de referência e contrarreferência, um membro da equipe técnica da UBS agenda o atendimento do paciente no serviço especializado, por contato telefônico. Esta é uma prática referida por Heringer (2007), em estudo realizado em UBS da ESF no Município do Rio de Janeiro.

De modo geral, os gerentes das UBS relataram que os pacientes são encaminhados após consulta médica, por meio do preenchimento do formulário “Referência e contrarreferência” que lhes é fornecido para ser levado ao serviço especializado. O formulário impresso é padronizado, sendo utilizado para encaminhar o paciente para qualquer serviço de saúde, não só em relação às DST/aids. (GF3.6, GF 10.7, GF 13.6)

Os gerentes e as equipes não fizeram nenhuma referência quanto ao conteúdo das informações que devem estar contidas no formulário de encaminhamentos.

Por não haver um padrão mínimo estipulado, muitas vezes, as informações contidas no formulário de encaminhamento são precárias ou quase inexistentes, não oferecendo ao profissional do serviço especializado muitos subsídios a respeito da real situação de saúde dos usuários.

Costa-e-Silva, Rivera e Hortale (2007), ao avaliarem a implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória (ES), relataram que o formulário de encaminhamento dos pacientes aos serviços especializados, de modo geral, não era preenchido com todas as informações necessárias pelos profissionais da ESF, o que gerava falta de credibilidade desses profissionais por parte dos serviços especializados e traduzia a constituição de um sistema de serviços de saúde fragmentado.

Os autores identificaram que, a maioria dos encaminhamentos ao serviço de atenção especializada, no caso o de neurologia, estava relacionado a pacientes que poderiam estar sendo acompanhados pela ESF. Ao mesmo tempo, os próprios profissionais dos serviços especializados relataram não ter confiança suficiente nas equipes da ESF, para que possam fazer o acompanhamento dos pacientes.

Serra e Rodrigues (2010) estudando na ESF suas referências aos serviços especializados e a contrarreferência, de modo geral, na região metropolitana do Rio de Janeiro, avaliaram que os encaminhamentos são pouco fundamentados nas diretrizes e protocolos clínicos existentes, pois os médicos nem sempre os consideram plenamente.

Segundo as equipes, com o formulário, o paciente é orientado na recepção da UBS a procurar o serviço especializado em DST/AIDS da região. (GF1.5, GF1.6, GF1.8, GF4.5).

As unidades de referência em DST/aids também afirmaram não haver um padrão previamente estabelecido para definir a forma como o paciente deve chegar ao serviço, pois cada UBS realiza de um modo. (ER1.3, ER1.4, ER2.2).

As equipes de saúde da família avaliaram que o encaminhamento do paciente ao serviço especializado para DST/aids ocorre sem dificuldades, sem barreiras burocráticas para sua realização. Vários membros das equipes relataram que os serviços especializados têm propiciado atendimento imediato ao paciente que está sendo encaminhado (GF1.5, GF1.6, GF1.8, GF7.5, GF9.3, GF10.3, GF12.5).

Ainda nos grupos focais chama a atenção o número significativo de membros das equipes que reconhecem, a partir do momento que o paciente já com diagnóstico é encaminhado ao serviço especializado, que este passa a “pertencer” a esse serviço pela especificidade do tratamento do qual necessita. (GF1.1, GF1.2, GF1.3, GF1.4, GF2.1, GF4.1, GF11.6, GF12.2)

Uma vez encaminhado à referência, parece haver o sentido de “transferência de responsabilidade”. Silva et al. (2005), apontam que, após o encaminhamento dos pacientes de HIV/aids ao serviço de referência, muitas vezes estes acabam sendo desvinculados da ESF e a responsabilidade pelo acompanhamento dos casos passa a ser transferida para o serviço especializado.

Um dos serviços de referência observou que o modo como os pacientes são encaminhados, inclusive, gera sobreposição de ações e repetição de atividades nos dois serviços, os da atenção básica e as referências, como por exemplo, a retestagem dos pacientes já diagnosticados (GFR1.7).

Diferente de outras patologias que, em algumas situações, há discordância quanto aos critérios clínicos e laboratoriais de quando encaminhar o paciente à referência, no caso do HIV, não há dúvida, que ele deve ocorrer com base no resultado positivo de exame laboratorial e segundo teste confirmatório de sorologia para o HIV.

A principal questão no encaminhamento à referência é que a equipe de saúde da família faz por meio de instrumentos que não garantem a continuidade da assistência ao usuário, o que denota vulnerabilidade programática dos serviços, com implicações no acompanhamento das PVHA, conforme discutido a seguir.

4.1.4 Acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/Aids

O MS estabelece que a ESF desenvolva um conjunto de práticas voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, o tratamento de algumas doenças e o acompanhamento de todas as pessoas das áreas adstritas. Estas práticas devem ser desenvolvidas de forma integrada e articuladas à rede de serviços de saúde (Brasil, 2001b)

Com relação especificamente às PVHA, o Protocolo de Atenção Básica à DST/aids traduz como acompanhamento a realização de ações, tais como: contribuir para melhor adesão dos pacientes ao tratamento, orientando sobre sua importância; reforçar junto aos pacientes seus direitos humanos e civis; realizar o tratamento supervisionado para a tuberculose, quando há infecção associada; orientar o paciente e a família com relação às normas de prevenção DST/aids e dispensação de resíduos domiciliares contaminados (São Paulo, 2003).

No Capão Redondo, dez dos 11 gerentes entrevistados mencionaram que a ESF faz o acompanhamento dos casos de HIV/aids existentes no território de abrangência, indicando como principal ação a orientação à família do paciente sobre prevenção, após seu consentimento. Seis citaram, como ação de acompanhamento, a orientação ao parceiro sexual com vistas a promover práticas preventivas.

Entre os dez gerentes, oito referiram que, além do apoio à família, uma das principais ações desenvolvidas pela ESF é o incentivo à adesão ao tratamento. Sete deles acreditam que outra ação importante é o atendimento de

outras necessidades de saúde, não necessariamente envolvendo a atenção específica em HIV/aids.

As equipes concordaram que devem fazer o acompanhamento das PVHA. Uma delas destacou que “é um erro da ESF não fazê-lo e que é necessária mais proximidade da equipe com o paciente e seus familiares” (GF 1.13, GF 1.14).

Há situações em que as ações de acompanhamento se desenvolvem mais prontamente, como por exemplo, quando há pacientes com TB, dado que há protocolo previamente estabelecido na AB, o que não ocorre em relação ao HIV/aids.

Quando há coinfecção HIV/TB, o acompanhamento da infecção de HIV é mais facilmente desenvolvido, porque o acesso da equipe ao paciente verifica-se por meio do tratamento para TB, realizado na própria UBS, muitas vezes por meio do tratamento supervisionado (GF 14.14, GF 14.15). A própria SUVIS faz a supervisão e controle em relação ao tratamento de TB, o que acaba exigindo maior rigor no acompanhamento desses pacientes. O que vai ao encontro do que é exigido para o controle da coinfecção TB/HIV, ou seja, acesso precoce ao diagnóstico da infecção pelo HIV e ao tratamento antirretroviral quando necessário. (Brasil, 2010b).

Em sua maioria, as equipes de saúde da família apontaram como principal ação de acompanhamento às PVHA a visita domiciliária realizada mensalmente pelo ACS (GF 1.6, GF 2.2, GF 2.6, GF 3.8, GF 8.7, GF 11.1, GF 11.4, GF 12.2).

As visitas domiciliárias realizadas pelo ACS têm caráter informativo para a equipe ao qual está vinculado, repassando informações aos profissionais técnicos (médico e enfermeiro) sobre as PVHA. Na visita, colhem-se informações referidas pelo paciente sobre o uso dos medicamentos, dias de retorno ao serviço especializado, modificação no tratamento e outros aspectos (GF 1.16, GF 5.4, GF 7.2, GF 8.2, GF 10.6, GF 11.1).

Houve equipe que relatou sentir-se comprometida com o paciente e sua família, citando outras formas de realizar o acompanhamento dos casos de HIV/aids, para além do caráter informativo. Tais como: ações de apoio

psicológico e emocional aos pacientes e às famílias, a realização de “escuta qualificada”, orientações e atendimentos de outras necessidades de saúde que podem ou não estar relacionadas com o HIV. (GF 6.3, GF 7.2, GF 9.12, GF 9.13, GF 11.3, GF 12.1, GF 12.12. GF 13.1).

É possível observar que as UBS e equipes de saúde da família realizam, em alguma medida, o acompanhamento das PVHA, traduzido na realização de ações e atividades, conforme previsto nas recomendações do MS. Estas ações revelam diferentes formas de relacionamento interpessoal entre os profissionais, as PVHA e/ou seus familiares.

Assim como Heringer (2007), verificou-se que o diálogo foi uma tecnologia relacional importante encontrada para realização do acompanhamento. Ao analisar sentidos e práticas de enfermeiros frente ao HIV/aids na ESF, Heringer (2007) define o acompanhamento como um conjunto de ações e atividades voltadas aos indivíduos e seus familiares. Nesta concepção, a prática do acompanhamento compreende diversas formas de contato entre o profissional com o PVHA e os familiares.

Realizado em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, o estudo identifica uma ação de acompanhamento que merece destaque: a presença de um membro da equipe da ESF na consulta do usuário no serviço especializado, uma ação que não foi referida pelas equipes de saúde do Capão Redondo (Heringer, 2007).

Realizar as ações de acompanhamento de PVHA não é fácil às equipes pesquisadas, dado o caráter sigiloso e questões que envolvem a privacidade do paciente, conforme discutido anteriormente. Além disso, em particular, uma equipe citou dificuldade no acompanhamento, uma vez que há alta demanda de encaminhamentos às referências e que não existe controle sobre os atendimentos realizados ou não.

Heringer (2007) assinala algumas dificuldades que os profissionais de saúde enfrentaram no acompanhamento de HIV/aids, como a falta de capacitação dos enfermeiros e sobrecarga de trabalho, o que dificulta o planejamento de ações voltadas ao HIV/aids.

Figueiredo, Moya, Souza (2007) analisando o cuidado em HIV/aids no contexto da saúde da família, apontaram que a dificuldade da equipe da ESF perante a necessidade de integrar o atendimento nos diferentes níveis de atenção prejudica o processo de acompanhamento das PVHA pela AB.

No presente estudo, toma-se o acompanhamento das PVHA, não só como um conjunto de ações, mas pressupõe o estabelecimento de relação baseada no princípio de *longitudinalidade*, que trata do seguimento de indivíduos ou grupos ao longo do tempo pela equipe de saúde da família, questão que será discutida mais adiante.

4.2 PARA ALÉM DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

De modo geral, os sujeitos da pesquisa consideraram a contrarreferência importante para a realização da assistência integral à saúde (GF1.10, GF4.9, GF7.7, GF8.3, GF9.10, GF10.4, GF12.6, GFR2.9).

Todos os gerentes das UBS consideraram que a contrarreferência é importante principalmente para que a ESF faça o acompanhamento do caso de modo a ser corresponsável pelo paciente, apoiando-o do ponto de vista emocional, com vistas a mantê-lo aderido ao tratamento, orientando a família e sendo efetivo junto às suas outras necessidades de saúde. Quatro gerentes destacaram que há contrarreferência, especialmente, quando há busca de faltosos e três gerentes reconheceram que não há contrarreferência dos casos de HIV positivo.

Algumas equipes referiram que a contrarreferência entre os serviços é eficaz, embora não soubessem relatar em quais situações ela acontece (GF5.3, GF7.8, GF7.10, GF7.13, GF8.3, GF12.8). Discordando, a maioria das equipes considera que não existe de fato ou que é “feita” pelo próprio paciente, uma vez que não há troca de informação entre a UBS e o serviço especializado sobre o paciente encaminhado (GF1.10, GF2.4, GF 2.21, GF3.4, GF3.9, GF4.6, GF6.1, GF6.2, GF7.9, GF9.4, GF9.5, GF10.11, GF 13.8, GF 14.9, GF 15.4, GF15.7).

Uma equipe julga que a contrarreferência em HIV/aids não é realizada, sendo pior no caso de HIV que em outros agravos e/ou doenças. Três equipes mostraram que há experiências de contrarreferência em outras situações, por exemplo, nos casos de saúde mental (GF1.17, GF 2.19, GF 5.6).

Os serviços especializados também julgam ser importante a realização da contrarreferência, mas reconhecem que ela não se efetiva. (GFR1.6, GFR2.9). A principal dificuldade apontada por eles foi a alta rotatividade dos profissionais da ESF, como um fator dificultador para o processo. As equipes avaliaram que a inexistência da contrarreferência também reflete na falta de compromisso dos profissionais dos serviços especializados (GF 6.8, GF6.9).

O presente estudo buscou identificar práticas compartilhadas entre as equipes de saúde da família e os serviços especializados que pudessem caracterizar a existência de uma tentativa de aproximação da assistência entre os serviços.

O material empírico revelou que dez gerentes citaram que não existem ações em conjunto entre as UBS e outro serviço de saúde. A maioria das equipes de saúde da família também disse não haver ação específica realizada entre a AB e os serviços especializados (GF4.8, GF8.4, GF9.7, GF11.10, GF12.9, GF13.5). Uma das equipes referiu falta de aproximação com o serviço de referência (GF 14.10).

Um gerente identificou ações sendo realizadas com o Centro de Referência em DST/AIDS Mitsutani. Como exemplo, o Grupo de Papanicolau na UBS, participação compartilhada dos profissionais de ambos os serviços, com realização de palestra sobre DST e com distribuição de preservativos e material informativo (GF7.11, GF7.12).

As unidades de referência citaram que as ações em conjunto não ocorrem de modo planejado sistematicamente, mas por uma demanda e solicitação específica de cada UBS. Identificaram, como sendo de sua responsabilidade a capacitação/treinamento das equipes de saúde da família e o fornecimento de insumos e materiais de prevenção (GFR1, GFR2).

Embora não tenha sido questionado abertamente às equipes de saúde da família e aos serviços especializados, o material empírico deixou claro que as equipes de saúde da família desconhecem o funcionamento do serviço de assistência especializada ao HIV/aids e vice-versa. Assim como apontado por Silva et al. (2005), esse desconhecimento é um ponto crítico na assistência, pois interfere na articulação entre os serviços.

Na análise dos resultados, ficou claro que há falta de um sistema efetivo de contrarreferência em HIV/aids na região do Capão Redondo, não sendo esta uma situação particular. Estudo realizado pelo MS (2002b) em dez municípios brasileiros revelou que, na maior parte deles, a realização insuficiente da contrarreferência por parte dos serviços especializados em geral, mostrou ser uma das principais dificuldades referidas pelos gestores municipais do sistema (Brasil, 2002b).

No caso da atenção em HIV/aids, a inexistência de sistema efetivo de referência e contrarreferência dificulta o processo de articulação entre os serviços e o atendimento integral, conforme analisaram Silva et al. (2005).

Lemões et al. (2009), ao estudarem o encaminhamento de usuários do SUS para um hospital universitário no Sul do Brasil, referência para os casos de HIV/aids da região, identificaram que os pacientes foram internados, em sua maioria, sem serem referenciados e, após alta hospitalar, sequer foram contrarreferenciados. Segundo avaliaram, está longe da lógica de uma assistência integral em todos os níveis.

O estudo que avaliou a atenção ao pré-natal na AB no Sul do Brasil, apontou a insuficiência da contrarreferência como fator limitador na atenção à gestante, tendo como consequência o favorecimento do abandono do pré-natal (Silveira, Silva, Costa, 2001).

De acordo com Nichiata (2010), o modelo tecnológico de organização do trabalho das equipes de saúde da família do Capão Redondo é determinante da vulnerabilidade programática, pois permanece baseado no modelo biológico hegemônico de assistência.

A autora também destaca a vulnerabilidade programática existente na relação entre ESF e serviços de referência em HIV/aids, traduzida em práticas fragmentadas e descontinuidade do cuidado (Nichiata, 2010).

Ao analisar o sistema de referência e contrarreferência entre UBS que operam o modelo da ESF e o serviço especializado para o atendimento às PVHA, no Capão Redondo, região sul do Município de São Paulo, observa-se que ela tem como base a concepção do sistema hierarquizado, de modelo piramidal, conforme descrito por Witt (1992).

Para Mendes (2010), a forma hierárquica de organização do sistema de saúde resulta em uma assistência fragmentada, caracterizada pela falta de comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Segundo esse autor, que discute a rede poliárquica de atenção à saúde, sua construção deve ser sustentada por informações de qualidade entre os serviços de saúde, gerada por bons sistemas de informação em saúde.

A concepção do sistema de saúde como uma rede poliárquica na qual todos os serviços são igualmente importantes e relacionam-se de forma horizontal, remete-nos ao conceito de matriciamento em saúde que busca descentralizar o acesso às especialidades.

Com relação a isso, uma das equipes de saúde da família apontou o matriciamento em saúde mental como um modelo que facilita o diálogo entre equipe especializada e ESF e o acompanhamento dos casos. Destacou também que esse modelo poderia ser utilizado de forma positiva em relação ao HIV/aids. (GF 5.8, GF 5.9)

Um serviço especializado revelou que estava em fase de elaboração um projeto matricial em DST/aids, a ser desenvolvido na Supervisão de Saúde da região sul (ER 1.6). Tem como inspiração reproduzir na atenção em HIV/aids o modelo de matriciamento realizado em saúde mental, cuja finalidade é intensificar as ações relacionadas ao diagnóstico precoce na AB; melhorar a referência e contrarreferência em relação às DST/aids, por meio de comunicação mais fluida entre os serviços da AB e as especialidades, além de

qualificar as equipes da AB para o atendimento correto às DST/aids (ER 1.8, ER 1.9).

A estratégia do Apoio Matricial (AM) surgiu, inicialmente, com o objetivo de integrar as ações em saúde mental na AB, para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, articulando os equipamentos de saúde mental e as UBS, com vistas à clínica ampliada. No Brasil, o AM foi eleito pelo MS como a estratégia oficial a guiar as ações de saúde mental na AB e como uma metodologia de trabalho complementar ao sistema hierarquizado de referência e contrarreferência. (Brasil, 2003b; Brasil, 2005)

Posteriormente, pela complexidade do atendimento realizado dentro da ESF, as ações dessas equipes exigiram a contribuição de outros profissionais da saúde, organizando uma estrutura de AM, hoje referendada e ampliada pela Portaria nº 154/08 do MS, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em todo o território brasileiro (Brasil, 2008b).

O Apoio Matricial permite que profissionais de referência e especialistas invertam a lógica da relação entre os serviços de saúde, de relação vertical, cujo modelo é ascendente e piramidal, para horizontal. Nesta configuração, busca-se “atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita, segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização” (Witt, 1992; Campos, Domitti, 2007).

A implantação das equipes de apoio reflete a busca pela integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações em saúde, com o objetivo de consolidar a ESF (Nascimento, Oliveira, 2010).

As equipes de AM desenvolvem ações em conjunto com as equipes da ESF, de forma a apoiá-las, em uma tentativa de reorganizar o atendimento na AB, modificando a posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio. Tais ações devem ser planejadas e definidas em conjunto e de acordo com as necessidades e realidade local. O compartilhamento das ações se produz em forma de corresponsabilização pelos casos que podem se efetivar por meio de discussões conjuntas dos mesmos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos e também na forma de

capacitação e supervisão (Campos, Domitti, 2007; Dimenstein, 2009; Nascimento, Oliveira, 2010).

O Estado de Minas Gerais apresenta a Linha Guia de atendimento ao HIV/aids, desde 2006, na qual estão estabelecidos roteiros de consultas, fluxogramas de atendimento e acompanhamento das PVHA, compartilhados entre a AB, coordenadora do cuidado e os serviços especializados (Minas Gerais, 2006).

De acordo com esse documento, estão previstas no acompanhamento das PVHA consultas nas UBS, intercaladas com as dos serviços especializados, com periodicidade de, no máximo a cada 6 meses para as pessoas com HIV e a cada 30 dias àquelas com aids (Minas Gerais, 2006).

Ao estudar a implantação do matriciamento nos serviços de saúde, no município de Capivari (SP), Arona (2009) avaliou que houve maior participação das especialidades na AB; maior resolutividade das equipes de saúde da família; definição do fluxo de encaminhamentos; abertura de um canal de comunicação interprofissional e o estabelecimento de um espaço de cogestão.

De acordo com a lógica matricial, o paciente e sua família têm como sua referência a equipe de saúde da família que, na prática assistencial, estabelece relação de familiaridade e vínculo ao longo do tempo, contribuindo desta forma para maior efetividade de resposta às necessidades de saúde da população. O conceito também pode ser definido como *Longitudinalidade*, conforme apresentado por Starfield (2002), derivado de “longitudinal”, trata de “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos”.

A mesma autora define longitudinalidade, como um conceito que supera o de continuidade da atenção. Para ela, longitudinalidade é traduzida em uma relação pessoal e duradoura entre a equipe de saúde e os usuários de saúde por ela assistidos, independente da existência de uma situação de saúde. Por meio desta relação, pacientes e profissionais passam a se (re) conhecer e isso produz benefícios que são traduzidos pelos indicadores, como número menor de consultas, menor número de hospitalizações, melhor prescrição

medicamentosa, melhor reconhecimento dos problemas e maior satisfação dos usuários dos serviços de saúde.

Starfield (2002) ainda define continuidade da atenção, como um modo para “descrever o quanto os pacientes consultam com o mesmo profissional ou visitam a mesma unidade de saúde em um determinado período de tempo.” Portanto, poderia se referir, tanto a atenção especializada como a AB, uma vez que está voltada à resolução dos problemas e não à atenção às pessoas.

Nesse sentido, a ESF como modelo de atenção à saúde com a responsabilidade de reorganizar a atenção básica pressupõe o acompanhamento longitudinal da população. Ou seja, ainda que, em algum ou em determinados momentos, um indivíduo ou grupo necessite ser assistido em um serviço especializado, a relação longitudinal previamente estabelecida entre eles e a ESF pode e deve ser mantida, visto que não depende da continuidade do cuidado para existir. Além disso, a longitudinalidade pode permitir a resolução de outras necessidades de saúde de maneira mais efetiva e que extrapolam os cuidados relativos à infecção pelo HIV.

Pode-se afirmar que o conceito de longitudinalidade refere-se a uma prática que vai além da relação de referência e contrarreferência, atualmente estabelecida entre os serviços, em especial, no que se refere ao HIV/aids.

Um estudo recente que avalia modelos assistenciais distintos na AB e o vínculo longitudinal, destaca que ainda existem fatores que dificultam sua construção como: busca por outras unidades de saúde, rotatividade do profissional médico, problemas de completude e suficiência de registros em saúde, conforme as equipes, UBS e referências do Capão Redondo também identificaram. Por outro lado, também existem elementos que contribuem para a operacionalização da longitudinalidade como: vínculo entre profissionais e usuários do serviço (Cunha, 2009).

Campos, Domitti (2007) afirmam que, Apoio Matricial e equipe de referência, são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação do processo de trabalho e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde. Na proposta, a equipe de referência deve manter relação

longitudinal com os usuários do serviço, permanecendo responsável pela condução dos casos, mesmo, quando houver necessidade de apoio especializado.

Os autores também destacam que essa proposta de gestão em saúde “busca personalizar os sistemas de referência e contrarreferência, pois estimula e facilita o contato direto entre equipe de referência e especialista de apoio” (Campos, Domitti, 2007).

Para garantir a integralidade, é necessário realizar mudanças na produção do cuidado.

A proposta de matriciamento em DST/aids segue o modelo de redes ou *Linhas de Cuidado*, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Neste sentido, Franco, Magalhães Jr. (2004) sugerem que a construção das Linhas de Cuidado seja uma forma de reorganizar os processos de trabalho na atenção básica, necessária para o desenvolvimento da assistência integral à saúde. Linhas de cuidado são modelos de atenção matriciais que integram ações de vigilância, promoção, prevenção e assistência voltadas à especificidade dos grupos ou necessidades individuais, permitindo a condução adequada de pacientes pelas diversas oportunidades de diagnóstico e terapêutica (Brasil, 2006d).

Linha de Cuidado é uma imagem que expressa fluxos assistenciais capazes de garantir ao usuário do sistema de saúde o acesso às tecnologias necessárias à assistência (Franco, Magalhães Jr., 2004).

As Linhas de Cuidado têm como diretrizes: acolhimento, vínculo e responsabilização. Acolher é realizar escuta qualificada do problema de saúde, resolver ou, se necessário, encaminhar de forma segura. A questão do vínculo traduz-se no acompanhamento dos usuários pelos profissionais de saúde, em seus processos dentro das redes de serviço. A responsabilização dos trabalhadores reflete-se à medida que estes facilitam o acesso dos usuários para atendimento de suas necessidades (Franco, Magalhães Jr., 2004).

As Linhas de Cuidado operam com base em Projetos Terapêuticos, um conjunto de ações assistenciais pensadas para resolver um determinado problema de saúde, cuja gestão deve pertencer às unidades básicas. Pautado no Projeto Terapêutico, o profissional de saúde orienta o usuário a buscar na rede de serviços os recursos necessários ao atendimento a sua necessidade (Franco, Magalhães Jr., 2004).

No Brasil, foi instituído o Projeto Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde - QualiSUS-Rede (2009), como estratégia de apoio à organização de redes regionalizadas de atenção à saúde. O documento prevê, como um dos elementos facilitadores da organização e qualificação das redes de atenção à saúde, a implementação das Linhas de Cuidado definidas em função do estudo de cargas de doença observadas no País. São apoiadas prioritariamente por este projeto as seguintes Linhas de Cuidado: diabetes, hipertensão, doenças perinatais, câncer de colo de útero, câncer de mama e câncer de próstata (Brasil, 2009)

Embora não tenha sugerido a construção da Linha de Cuidado em DST/aids no QualiSUS-Rede, no presente estudo considera-se de fundamental importância para o enfrentamento da epidemia e para a atenção em HIV/aids.

Sugere-se o fluxograma abaixo como uma ferramenta para operacionalização do atendimento ao HIV/aids nas Unidades Básicas de Saúde que operam o modelo da Estratégia Saúde da Família. O fluxograma tem como propósito iniciar a construção do Projeto Terapêutico que embasará a Linha de Cuidado na atenção em HIV/Aids.

Figura 1 – Fluxograma para diagnóstico laboratorial¹ e acompanhamento do HIV/aids em UBS para indivíduos com idade acima de 18 meses.

¹ Este fluxograma não contempla a utilização de teste rápido para diagnóstico de HIV.

Para a construção da Linha de Cuidado é necessária pactuação entre os gestores dos diferentes níveis de atenção envolvidos na oferta de recursos para atendimento às necessidades dos usuários. “A definição dos fluxos entre unidades produtivas em diversos níveis de atenção depende, fundamentalmente do esforço e vontade política em integrar estes serviços” (Merhy, Franco, 2003).

Franco, Magalhães Jr. (2004) enfatizam que o pacto entre os gestores dos serviços é o grande impulsionador para a viabilização da construção das Linhas de Cuidado. A pactuação é resultado do desejo, vontade política, adesão ao projeto e dos recursos cognitivos e materiais disponíveis.

Portanto, para além da relação de referência e contrarreferência como um arranjo organizacional, funcionando apenas por protocolos estabelecidos, a Linha de Cuidado pressupõe o reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário aos serviços dos quais necessita. Ela exprime a operacionalização de uma política pública em saúde (Franco, Magalhães Jr., 2004).

5 CONCLUSÃO

5 CONCLUSÃO

Pelo estudo realizado, foi possível verificar que, de alguma forma, a epidemia de HIV/aids está presente na realidade da ESF. O diagnóstico do HIV faz parte da prática das equipes de saúde da família que também desenvolvem atividades de prevenção e, em certa medida, de acompanhamento das PVHA.

No entanto, o trabalho das equipes de saúde da família evidencia uma prática longe de proporcionar a integralidade da assistência. Ainda há pouca abordagem do tema HIV/aids junto aos usuários dos serviços de saúde, em grande parte pela existência de conceitos sobre a doença e preconceitos dos profissionais que já deviam estar há muito superados.

Este estudo, ao analisar o sistema de referência e contrarreferência em HIV/aids, segundo gerentes das UBS, equipes de saúde da família, gerentes e enfermeiros de serviços especializados, identificou elementos que traduzem a vulnerabilidade programática.

Ainda que propagada por documentos oficiais a necessidade do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, nota-se que as práticas desenvolvidas pela ESF neste caso, encontram-se voltadas em sua maior parte, aos usuários do serviço que fazem parte do atendimento prioritário da Estratégia: gestantes e pacientes com tuberculose ou a usuários considerados equivocadamente como grupos de risco.

Com relação ao encaminhamento dos usuários aos serviços de referência em HIV/aids, evidencia-se vulnerabilidade programática pela utilização de recursos que não são capazes de assegurar a continuidade da assistência em outro nível de atenção à saúde.

O acompanhamento das PVHA pela atenção básica ainda ocorre de modo incipiente, não tendo como embasamento fluxos de atendimento previamente definidos e norteadores dos profissionais de saúde com relação às questões relacionadas ao HIV/aids.

Do discurso sobre a existência de contrarreferência, pôde-se apreender que os instrumentos existentes para realização da comunicação entre os serviços não viabilizam a integralidade das ações e são também determinantes da vulnerabilidade programática em relação ao HIV/aids.

A vulnerabilidade programática evidencia-se, especialmente, no que tange ao relacionamento entre os serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção ao HIV/aids. Além da fragmentação do cuidado em saúde, foi identificado que, embora os sujeitos da pesquisa tenham mencionado a importância da contrarreferência para a ESF, em escassas ocasiões, ela se fez presente.

Na direção de uma prática voltada ao cuidado integral, é preciso a construção de um novo modo de processo de trabalho dos profissionais da saúde no que tange às questões relacionadas ao HIV/aids.

A construção de uma Linha de Cuidado é necessária, visto que o Projeto Terapêutico, composto pelas diretrizes de acolhimento, vínculo e responsabilização e por fluxo assistencial centrado no usuário, possa perpassar os diferentes níveis de atenção, garantindo referência segura e contrarreferência à ESF, responsável pelo acompanhamento permanente dos usuários sob seus cuidados.

6 REFERÊNCIAS

6 REFERÊNCIAS

Abdalla FTM, Nichiata LYI. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. *Saúde Soc.* 2008;2(17):140-152.

Arona EC. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saúde e Sociedade.* 2009;8(1):1-11.

Ayres JRCM et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006,p.375-417.

Barbosa Júnior A, Szwarcwald CL, Pascom ARP, Souza Júnior PB de. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos de maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cad. Saúde Pública.* 2009;25(4):727-737.

Barboza R. Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003 [Mestrado]. São Paulo: Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2006.

Bosco J, Bianco RD. Do caos à rede: os serviços aprendem com o HIV. *Bandeiras Positivas.* 2008;1(1):12-15.

Brasil. Lei nº 6.259/75, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre as ações relacionadas ao controle das doenças transmissíveis, orientando sua execução inclusive quanto à vigilância epidemiológica, à aplicação da notificação compulsória, ao programa de imunizações e ao atendimento de agravos coletivos à saúde, bem como os decorrentes de calamidade pública. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil.* Brasília, out. 1975.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Constituição de 1988. Brasília (DF); 1988.

Brasil. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, set. 1990(a). Seção 1, p. 18055.

Brasil. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990(b). Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Alternativas assistenciais à AIDS no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviços de Assistência Especializada. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1998(a).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Aconselhamento em DST, HIV e AIDS diretrizes e procedimentos básicos – 2ª edição. Brasília, 1998b

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – Manual. Brasília: Ministério da Saúde, 1999

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa saúde da família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2104, de 19 de novembro de 2002a. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Projeto Nascer-Maternidades. [citado 2009 set 01]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS59BBE9C1PTBRIE.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da implantação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos – síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, 2002/2003. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003a.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003 (b).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional DST e AIDS. Plano Estratégico Nacional do Programa Nacional DST/AIDS 2004-2007. Brasília; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 1ªed. Brasília (DF); 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006(a). p. 7-51.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2006(b). Cadernos de Atenção Básica, n.18. Normas e manuais técnicos.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 05/2006. Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória. Diário Oficial da União, Brasília, 2006(c).

Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília (DF);2007a.

Brasil. Instrução Normativa Nº 1626 de 10 de Julho de 2007. Regulamenta os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HV e outras DST, bem como aos que não comparecem ao tratamento já em curso. Diário Oficial da União, Brasília, 2007b

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde da família. 2ªed. Brasília; 2008a

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008b

Brasil. Ministério da Saúde. Manual Operacional do Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2009

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico DST/AIDS – Versão Preliminar ano VII n.1. Brasília. Ministério da Saúde, 2010a. 21p.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose – Manual. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

Camargo Júnior KR. Políticas públicas e prevenção em HIV/AIDS. In: Parker R, Galvão J, Bessa MR, organizadores. Saúde, Desenvolvimento e Política: respostas frente à Aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed.34; 1999. p. 227-262.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.

Capistrano DF. O programa de saúde da família em São Paulo. Estud.av. 1999;13(35):89-100.

Costa- e- Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007;23(60):1405-1414.

Cunha EM da. Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.

Dimenstein M et.al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Saúde soc. 2009;18(1):63-74.

Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na região metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009;25(2):240-250.

Ferreira FC, Nichiata LYI. Mulheres vivendo com aids e os profissionais do Programa Saúde da Família: revelando o diagnóstico. Rev. Esc. Enfermagem da USP. 2008;42(3):483-489.

Figueiredo MAC, Moya ALV, Souza LB. O cuidado em HIV/aids no contexto da saúde da família. In: VIII Congresso Virtual HIV/AIDS – Novas perspectivas sobre a infecção VIH/SIDA e doenças relacionadas [evento na internet]. 2007. Disponível em: http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=37&CommID=343.

Fiorin JL. Elementos de análise de discurso. São Paulo. Contexto/EDUSP; 1989.

Fiorin e Savioli, 1991

Fonseca MG, Bastos FI, Derriço M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. Cad. Saúde Pública. 2000;16(1):77-87.

Fortes PA de C, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5):1328-1333.

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. Hucitec; São Paulo: 2ª edição; 2004.

França MSJ. Ciência em tempos de Aids: uma análise da resposta pioneira de São Paulo à epidemia [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2008.

Galvão J. Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA, 2000. p.58.

Galvão J. 1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

Guerra MAT. Política de controle da AIDS da Secretaria do Estado de São Paulo, no período 1983-1992: a história contada por seus agentes [Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1993.

Gryschek ALFPL. A política de qualificação da força de trabalho em enfermagem no programa municipal de doenças sexualmente transmissíveis e aids de São Paulo: um desafio contínuo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.

Heringer A. Sentido e práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS no programa de saúde da família [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

Kalichmann AO. CRT-AIDS 20 anos de luta contra HIV. Rev. Infecto Atual. 2001;10(II):16-23.

Lemões MAM, Costa CFS, Mandoza-Sassi RA. Referenciamento de usuários do SUS para um hospital universitário no sul do Brasil. *Cienc. Cuid. Saúde*. 2009. Abr/Jun 8(2):198-204.

Maeda ST. Gestão da referência e contra-referência na atenção ao ciclo gravídico-puerperal: a realidade do Distrito do Butantã. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.

Mann J, editor. A aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA:IMS/UERJ;1993 (Coleção História Social da Aids, n.1).

Marques MC da C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *Hist., Cienc., Saúde-Manguinhos*. 2002; 9:41-65.

Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde [Mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-2305.

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*. 2003;27(65):316-326.

Minas Gerais (Estado). Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção a saúde do adulto: HIV/AIDS. Belo Horizonte – Minas Gerais, 2006.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Minayo MCS; Gomes SFD. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 26ª ed., Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.

Monteiro MCS, Oliveira MPR. Desconstruindo a verticalização – DST/AIDS e rede básica: uma integração possível. In Paula IA, Guibu IA (organizadores). DST/aids e rede básica – uma integração necessária. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2007. p.9-22.

Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O Mundo da Saúde. 2010;34(1):92-96

Nichiata LYI. Vulnerabilidade da atenção em HIV/aids na estratégia 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.

Parker R. Estado e sociedade em redes: descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção das DST/AIDS. In: Parker R, Terto Jr. V, Pimenta MC, organizadores. Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2002.

Reis AC, Santos EM dos, Cruz MM da. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. Epidemiol. Serv. Saúde. 2007;16(3):195-205.

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.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual DST/AIDS. Ações de Prevenção e Assistência às DST/aids na rede de atenção básica à saúde do Estado de São Paulo. São Paulo, 2003

São Paulo (Município). Prefeitura do Município de São Paulo. Programa Municipal de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico DST/AIDS ano XIII n.12. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 2009a

São Paulo (Município). Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de DST/AIDS. [citado 2009 jan 29]. Disponível em: http://www10.prefeitura.sp.gov.br/dstaids/novo_site/quemsomos/index.php. 2009(b)

São Paulo (Município). Prefeitura do Município de São Paulo. Programa Municipal de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico DST/AIDS ano XIV n.13. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 2010(a). 91p.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual DST/AIDS. Boletim Epidemiológico (Preliminar). São Paulo; 2010(b)

Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl. 3): 3579-3586, 2010.

Severino AJ. Metodologia do Trabalho Científico. São Paulo: Cortez, 2007

Silva LMS et al. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/Aids. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*. 2005; 14(2):97-104.

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

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. 726 p.

Szwarcwald, CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad. Saúde Pública*. 2000;16(1):7-19.

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

Unaid. Report on the Global HIV/AIDS Epidemics, 2008. Geneva: A ONU e a resposta à Aids no Brasil. Unaid, 2008.

Unaid. Report on the Global HIV/AIDS Epidemics, 2010. Geneva: Relatório Mundial da Epidemia de Aids 2010. Unaid, 2010

Witt RR. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. *Rev. Gaúcha Enferm.* 1992;(13):19-23.

Wolffenbuttel K, Carneiro N. Uma breve história dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) enquanto organização tecnológica de prevenção de DST/Aids no Brasil e no Estado de São Paulo. *Saúde Coletiva.* 2007;4(18):183-187.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ENTREVISTA COM O GERENTE DAS UNIDADES DE SAÚDE

Instrumento “vulnerabilidade programática ao HIV/AIDS e os desafios da integralidade: enfrentamento do HIV/AIDS na Estratégia Saúde da Família” – CNPq 571057/2008-0

FORMULÁRIO – UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ nº: ____

1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

1) Coordenadoria de Saúde

() Centro-Oeste

() Leste

() Sul

() Norte

() Sudeste

2) Supervisão de área: _____

3) Distrito de Saúde: _____

4) OS/Fundação parceira: _____

5) Interlocutor (referencia) para assuntos de DST/AIDS _____

6) Tipo:

() mista/UBS tradicional + ESF

() exclusivo ESF

() ESF e PACS

7) Ano de início da ESF: _____

8) Equipes ESF (em julho/09):

Identificação Equipe	Completa	Incompleta	Casos de HIV/aids número
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

2.1 Infra estrutura, materiais e equipamentos

- 9) A unidade dispõe de sala exclusiva para reunião das equipes da ESF:
☐ sim ☐ não
- 10) Qual a periodicidade das reuniões das equipes:
☐ diariamente
☐ semanalmente
☐ duas vezes por semana
☐ quinzenalmente
☐ mensalmente
☐ Outros. Especificar _____
- 11) As enfermeiras da ESF tem disponível consultório para a consulta de enfermagem?
☐ sim ☐ não
- 12) A unidade dispõe de pelo menos um consultório com:
☐ Mesa ginecológica
☐ Lençol descartável (rolo) para mesa de exame
☐ Biombo visando privacidade na troca de roupa
☐ Espelho aço
☐ Espelho descartável
☐ Luvas descartáveis
☐ Material para coleta de Exame de Papanicolaou (lamina, pinças, soluções, escova endocervical e espátula)
☐ Pia
☐ Sabão líquido
☐ Suporte para papel toalha
☐ Papel toalha
☐ Lâmpada
- 13) Os consultórios permitem condições de privacidade visual e auditiva dos atendimentos as DST/HIV?
☐ sim ☐ não
- 14) A unidade dispõe de sala para realização de atividades educativas?
☐ sim ☐ não
Caso sim, ha:
☐ sala com cadeiras moveis
☐ sala com cadeiras fixas
☐ materiais como cartolina ou similar, pinceis atômicos, barbante, cola, tesoura, álbum seriado, cartazes e impressos
☐ Cartazes e/ou álbum seriado DST
☐ Modelo pênis
☐ Modelo pélvico
☐ Aparelho de vídeo cassete/DVD
☐ TV
☐ Retroprojeter
☐ Camisinhas masculina
☐ Camisinhas femininas

() Fitas de vídeo/CD educativas voltadas as DST/AIDS

() Folhetos DST/AIDS

() Outros materiais relacionados as DST/AIDS: _____

- 15) Com relação aos métodos de prevenção das DST/AIDS disponíveis para a população, anote na casela correspondente a frequência da disponibilidade (últimos 6 meses). Anotar a quantidade disponível e a dispensada dos últimos 3 meses.

Métodos	Sempre	Às vezes	Nunca	Disp/disp	Disp/disp	Disp/disp
Camisinha masculina						
Camisinha feminina						

- 16) Qual a frequência da disponibilidade e quantidade geralmente disponível de sorologia anti-HIV.

Tipos de exames	Sempre	Às vezes	Nunca	Disp/disp	Disp/disp	Disp/disp
Anti-HIV						

2.2 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA ESF NA ATENÇÃO AO HIV

- 17) Ha populações mais vulneráveis às DST/AIDS na área de abrangência da ESF?

() sim () não

Se sim, quais? _____

- 18) Quais são os meios com que a ESF identifica os grupos vulneráveis ao HIV?

() SIAB

() visitas domiciliares

() análise dos dados epidemiológicos do sistema de vigilância epidemiológica

() mapeamento da área de abrangência

() outros _____

- 19) Ha casos de HIV/AIDS na área de abrangência da ESF nos últimos 12 meses?

() sim () não

Caso sim, como ficou sabendo?

() diagnostico feito na própria unidade

() pelo próprio paciente

() pela informação do agente comunitário

() pela família

() moradores da comunidade

() outro: _____

- 20) Ha atividades de prevenção as DST/AIDS realizadas na ESF?

() sim () não

Se sim, assinale as opções:

ATIVIDADES	ADOLESCENTES	IDOSOS	PROF. DO SEXO	USUÁRIOS DROGAS	MULHERES	HOMENS	OUTROS
Grupos na unidade							
Consultas							
Visitas							
Redução de danos (trocas de seringas)							
Palestras Oficinas/ escolas							
Palestras Oficinas/ empresas							
Palestras Oficinas/ igrejas							
Palestras Oficinas/ locais de Comércio sexual							

21) Em quais momentos de assistência há orientação sobre as DST/AIDS?

- () At queixas ginecológicas
 () Exame de Papanicolaou
 () Planejamento familiar
 () Realização do teste de gravidez
 () Atendimento as gestantes
 () Entrega de preservativos
 () Realização do teste de HIV
 () Atendimento aos idosos
 () Atendimento aos adolescentes
 () Consulta medica
 () Consulta de enfermagem
 () Outras: _____

22) Há ações de prevenção/promoção voltadas as DST/AIDS realizadas em parceria com outras unidades/serviços de saúde?

- () sim () não

Se sim, quais unidades? _____

23) Ha ações de prevenção/promoção voltadas as DST/AIDS realizadas em parceria com alguma destas instituições abaixo (descrever):

- () Organizações não Governamentais. Qual ação _____

- () Associação de bairro. Qual ação _____
- () Escolas. Qual ação _____
- () Igrejas. Qual ação? _____
- () Outros. Qual ação? _____

A quem comumente é oferecido o teste para o HIV?

- () gestantes
- () profissionais do sexo
- () profissionais da saúde
- () transexuais, travestis, homens que fazem sexo com homens
- () pessoas com solicitação médica
- () demanda espontânea
- () outros: _____

24) Tempo de demora para coleta e chegada do resultado (dias):

	Coleta	Chegada do Resultado
Anti-HIV		

25) Com que frequência chega os resultados?

- () diário
- () semanal
- () mensal
- () outros. _____

26) Quando o exame chega na unidade, como é feito?

- () a medida que os exames chegam, um profissional recebe os resultados, separa os alterados e faz uma convocação do usuário por meio do ACS (), outro profissional ().
- () um dia específico da semana um profissional recolhe todos os exames, separa os alterados e faz uma convocação do usuário por meio do ACS (), outro profissional ().
- () e arquivado no prontuário e espera a data de consulta
- () outros:

Com os resultados positivos para HIV, qual é a unidade de referência para acompanhamento e tratamento de casos de HIV?

27) Como é feito o encaminhamento dos casos de HIV para as referências (fluxo e formulários)?

28) Quando a unidade faz o diagnostico de HIV em gestante ela faz a notificacao?

() sim () não

Se não, por que? _____

29) O parceiro da gestante HIV e chamado para consulta?

() sim () não

Se não, por que? _____

30) Qual e a referencia da Unidade para os partos de gestantes HIV?

31) O cartão da gestante HIV com dados sobre o parto e utilizado na unidade?

() sim () não

Se não, por que? _____

32) Qual e a referencia da Unidade para o acompanhamento da gestante HIV:

33) Na sua opinião, a contra-referencia e necessária para a ESF?

() sim () não

Por que?

34) E feita a contra-referencia dos casos positivos de HIV da área de abrangência?

() sim () não

Caso sim, como e feita a comunicação:

() fax

() telefonema

() email

() outros: _____

35) Ha outras situações em que ha comunicação entre a unidade de saúde e a referencia dos casos de HIV?

() sim () não

Se sim, em que situações?

36) A unidade de saúde acompanha os casos de HIV?

() sim () não

Se sim, o que faz?

() atende outras necessidades de saúde não ligada ao HIV

() incentiva a adesão do tratamento de HIV

() orienta a família (apos consentimento do paciente) sobre prevenção

() orienta parceiro as praticas preventivas

() outros. _____

Se não, porque não o faz?

37) Sobre o serviço de referência dos casos de HIV, a unidade conhece?

() atividades desenvolvidas

() serviços oferecidos

() composição da equipe de saúde

() fluxo de atendimento

() opções terapêuticas oferecidas

() como e feito ações de vigilância epidemiológica

38) Foi oferecida a esta Unidade de saúde capacitação/educação permanente na atenção ao DST/AIDS nos últimos 2 anos?

() sim () não

Se sim, foi uma iniciativa da:

() Unidade

() Coordenadoria de Saúde

() Supervisão de Saúde

() OS/Fundação parceira

() Referencia em DST/AIDS

() Outros: _____

39) Quais foram os profissionais que participaram das capacitações?

APÊNDICE 2

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL

1. Recomenda-se que a disposição dos participantes seja em círculo.
2. Apresentação dos participantes e pesquisadores
3. Explicar que é um projeto de pesquisa que vai:
4. “Analisar as ações realizadas na atenção ao HIV/aids na Estratégia Saúde da Família”. Esta sendo desenvolvido por uma pesquisadora da Escola de Enfermagem da USP e que tem financiamento do CNPQ.
5. Esclarecer que a Secretaria da Saúde e a UNASP são parceiras na pesquisa, mas que os responsáveis pela realização da coleta nos grupos focais não possuem vínculo com estas instancias.
6. Explicar sobre a participação na pesquisa: Consentimento livre e esclarecido – leitura e assinatura
7. Caso algum membro da equipe não aceite participar ele não participará do grupo focal.

ESCLARECIMENTO QUANTO AOS SEGUINTE PONTOS:

- ✗ Explicar necessidade do uso do gravador.
- ✗ Sigilo das informações reveladas no grupo;
- ✗ Duração do grupo (+/- 90 m);
- ✗ Pedir para que os participantes desliguem ou coloquem no silencioso o celular.

CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL:

Explicar rapidamente o que é um grupo focal: grupo de discussão, ressaltando que é importante os participantes se sentirem à vontade para expressar suas opiniões sobre os temas levantados. Respeito às opiniões e quando um participante estiver falando.

Reforçar que não há respostas certas e erradas e que a proposta é ouvir as opiniões e experiências dos participantes em relação ao assunto.

Reforçar que a pesquisa não tem caráter de avaliação do trabalho dos profissionais, e sim de analisar as percepções e experiências a respeito das ações realizadas na atenção ao HIV/AIDS na Estratégia Saúde da Família.

Suscitar uma discussão aberta a partir de um roteiro no qual os temas do estudo estão definidos. O roteiro responde ao objetivo do estudo. Deve ser adaptado em linguagem simples, claro, contendo questões abertas.

O foco no tema em pauta deve ser mantido, porém criando-se um clima aberto às discussões, livre de ameaças e intimidações. Necessário pesquisador estimular sentimento de confiança.

O apoiador do grupo deve atentar para: momentos de silêncio, momentos de polêmica (várias pessoas falando ao mesmo tempo, quando discordam e concordam), gestos verbais e percepção geral sobre o “clima do grupo”.

O condutor do grupo e o apoiador não devem falar de si, expressar suas opiniões ou concordar ou discordar dos participantes.

Na condução do grupo:

- ☐ Clarificar: depois que uma pergunta foi respondida por um participante, repetir ou desdobrar a pergunta para aprofundar com o resto do grupo (p.ex.: poderiam contar mais sobre....)
- ☐ Substituir: mudar a apresentação da pergunta sem mudar o conteúdo.
- ☐ Reorientar: aproveitar uma resposta dada por uma pessoa, refazendo a pergunta para as outras.
- ☐ Neutralizar: tomar para controlar os participantes que são dominantes, pedindo uma participação mais ativa do restante do grupo.

QUESTÕES NORTEADORAS

- 1) Sobre como identificam pessoas, famílias vulneráveis ao HIV/AIDS e sobre qual é a percepção sobre as pessoas que são vulneráveis:
 - ☐ No território onde atuam, há pessoas que vocês acham que são vulneráveis ao HIV/AIDS?
 - ☐ Porque vocês acham que elas são vulneráveis ao HIV/AIDS?
- 2) Sobre quais e como realizam as ações na atenção ao HIV/AIDS:
 - ☐ Na opinião de vocês, o HIV/AIDS é um problema (objeto das ações) para as equipes de saúde da família? Porque sim, porque não.
 - ☐ Dentre as atividades que realizam, o que as equipes fazem em relação ao HIV/AIDS? Ver em que situações eles abordam o HIV/aids (nas consultas, nos grupos, nas visitas)
 - ☐ Identificar se há ações de prevenção (educativas, de diagnóstico precoce).
 - ☐ Na opinião de vocês, são fáceis ou difíceis de realizar ações de prevenção?
 - ☐ Como discutem na equipe e como planejam as ações.
- 3) Sobre como as equipes ficam sabendo dos casos:
 - ☐ Vocês já tiveram oportunidade de cuidar na equipe de saúde de alguém com HIV? Poderiam relatar como foi esta experiência? (Caso não tenham experiência, seguir).
 - ☐ Houve situação que vocês ficaram sabendo que tinha alguém da família com HIV? A equipe conhece alguma pessoa com HIV/AIDS sendo acompanhada pela referência em DST/aids? Como ficou sabendo?
 - ☐ Na opinião de vocês, o que a equipe pode fazer para estes casos?
 - ☐ Existe ações específicas para acompanhar as pessoas que vivem com HIV/aids, tais como, visita domiciliar, grupos e outras?

4) Sobre os processos de trabalho:

- ✂ Quem é responsável pela notificação e encaminhamentos dos casos para a referência? Existe algum fluxograma para o atendimento?
- ✂ Há facilidade para o encaminhamento para as referências em DST/aids?
- ✂ Na opinião de vocês, a contra-referência é necessária? Por quê? Ela é feita? Por que é feita ou não.
- ✂ Há ações realizadas em conjunto com as referências de HIV/AIDS?
- ✂ Para vocês, os instrumentos de comunicação de referência e contra – referência funcionam?

5) Sobre a percepção e avaliação das práticas

- ✂ Em sua opinião, o que é uma boa prática da equipe de saúde da família na atenção ao HIV/AIDS?

APÊNDICE 3**ROTEIRO ENTREVISTA REFERÊNCIA EM DST/AIDS****I. Caracterização geral da unidade**

Ano de funcionamento: _____

Equipe de trabalhadores: _____

Horário de funcionamento: _____

Ações e atividades desenvolvidas: _____

1. Qual e a área de abrangência do CR/SAE?
2. Das pessoas que vivem com HIV/aids que estão matriculadas no seu serviço, sabe em qual região moram?
3. Nesta região onde esta localizado o CR/SAE, ha populações vulneráveis ao HIV/aids? Por quê?
4. Ha ações/atividades voltadas a população moradora desta região território?
5. Ha alguma forma de identificá-los pelo seu endereço (por distrito, por bairro)?
6. Qual e o fluxo dos exames laboratoriais para o HIV/aids na rede? (SAE/CRT, SUVIS, ESF)
7. Na sua avaliação, como esta a adesão das pessoas que vivem com HIV/aids e que estão em tratamento?
8. No caso de pacientes faltosos ou que tem dificuldades para aderir ao tratamento, o que e feito?
9. No caso de pessoas diagnosticadas pelo HIV nas equipes de PSF, como e feito o encaminhando para vocês?
10. Estes casos são notificados pelas equipes de PSF?
11. Houve situações em que vocês tiveram que entrar em contato com a equipe de PSF? Relate estas situações.
12. Vocês conhecem as ações e atividades voltadas ao HIV que as Unidades de Saúde da Família desenvolvem?
13. Ha ações/atividades desenvolvidas em conjunto com as unidades da ESF? Quais?
14. Na opinião de vocês, a contra-referência e necessária? Por quê? Ela é feita? Por que é feita ou não.
15. Para vocês, os instrumentos de comunicação de referencia e contra-referência funcionam?
16. De que forma poderia haver efetivamente um sistema de contra referência em HIV/aids?

APÊNDICE 4

FRASES TEMÁTICAS – GRUPOS FOCAIS

GRUPO FOCAL 1

- (GF 1.1) O cuidado ao paciente com sorologia positiva começa dentro (ESF), mas vai para fora (serviço de referência).
- (GF 1.2) O paciente não fica dentro do programa de saúde da família.
- (GF 1.3) A ESF aborda o aspecto preventivo e depois encaminha (o paciente). Depois que ele é encaminhado o “problema” passa a ser da referência.
- (GF 1.4) Há resistência do paciente em ser acompanhado pela ESF porque ele já tem um médico (o da referência)
- (GF 1.5) A ESF faz a detecção do caso. Atende o paciente e solicita os exames.
- (GF 1.6) A ESF tem como ações visitar os pacientes já diagnosticados e encaminhá-los ao serviço de referência.
- (GF 1.7) A notificação dos casos é feita pela UVIS (SUVIS).
- (GF 1.8) O que acontece é assim, o exame deu positivo, a Secretaria já manda um alerta para a SUVIS direto, então às vezes não chegou nem pra mim o resultado do exame, o médico não viu, o enfermeiro não viu, ninguém sabe, chegou um alerta diretor para a SUVIS e a SUVIS entra em contato com a gente. Isso acontece na TB, acontece na Sífilis, acontece no HIV. E aí quando acontece isso a gente obrigatoriamente acaba marcando uma consulta para diagnosticar, para passar para a paciente o diagnóstico e aí é encaminhado para a referência, mais ou menos isso.
- (GF 1.9) Encaminhar para a referência é relativamente fácil.
- (GF 1.10) A contra-referência é imprescindível. O médico de família refere que quer saber da vida do paciente, quer acompanhar ele do começo até o fim, só que não acontece.
- (GF 1.11) Membro da ESF refere que os retornos dos encaminhamentos que faz (de qualquer especialidade) não têm resposta do médico especialista. A contra-referência mesmo não existe.
- (GF 1.12) Não existe instrumento de comunicação de referência e contra-referência.
- (GF 1.13) A ESF considera um erro dela não acompanhar o paciente com HIV/aids diretamente
- (GF 1.14) A família/contatos do paciente diagnosticado com HIV/aids também é acompanhada no serviço de referência. Por isso, a ESF também não acompanha diretamente
- (GF 1.15) Existe uma prontidão maior da ESF em atender os pacientes com história de HIV, ou que estão preocupados em fazer o teste para saber se contraiu o vírus.
- (GF 1.16) O agente comunitário se sente responsável por “ficar no pé” dos pacientes com HIV e seus comunicantes.

- (GF 1.17) Médico da ESF refere se sentir respeitado quando recebe um retorno de um serviço especializado (contra-referência).
- (GF 1.18) A equipe considera que os presidiários são um grupo vulnerável ao HIV/aids e a tuberculose.
- (GF 1.19) A equipe considera que é mais fácil solicitar o teste de HIV para os pacientes com tuberculose.
- (GF 1.20) A população carcerária tem maior preocupação com a tuberculose do que com o HIV porque têm mais acesso a informações sobre TB do que sobre aids.
- (GF 1.21) Os presidiários solicitam espontaneamente o exame para detecção de TB, o que não ocorre em relação ao HIV.
- (GF 1.22) Há reunião de equipe de saúde da família todos os dias. Esse é o momento em que todos os membros trocam informações sobre os casos da área a qual pertencem.

GRUPO FOCAL 2

- (GF 2.1) O paciente encaminhado para a referência não é mais atendido pela ESF.
- (GF 2.2) A partir do diagnóstico, o contato com o paciente se restringe à rotina de visita dos ACS à família 1/mês.
- (GF 2.3) O acompanhamento ao HIV positivo consiste em perguntar se ele tem ido ao serviço de referência e se está tomando a medicação.
- (GF 2.4) A contra-referência é feita pelo próprio paciente quando ele volta ao serviço.
- (GF 2.5) Se o paciente não quer falar sobre o tratamento feito na referência, o profissional não pergunta por uma questão ética.
- (GF 2.6) O contato maior com esse paciente é dos ACS, pela obrigatoriedade da visita mensal.
- (GF 2.7) O acompanhamento é feito de forma indireta. Jamais perguntando sobre o tratamento diretamente.
- (GF 2.8) A preocupação em acompanhar é maior quando o paciente tem TB associada porque a TB é acompanhada dentro da ESF.
- (GF 2.9) O instrumento de contra-referência (folha impressa) é simbólico, apenas burocrático.
- (GF 2.10) Membro da equipe da ESF refere que no caso de um menor, alguém da família precisa se responsabilizar pela solicitação do exame de HIV. Não pode ser solicitado sem autorização.
- (GF 2.11) Médico da ESF refere que não pode convencer uma pessoa a fazer o teste HIV. Essa solicitação (de fazer exame) tem que surgir espontaneamente do próprio paciente. "Não dá pra pedir um HIV de rotina"
- (GF 2.12) O marido não sabia que a esposa era HIV positiva. Ela contraiu o vírus do 1º marido. Ela ficou várias vezes internada, mas ninguém nunca contou o diagnóstico para ele.

- (GF 2.13) Quem contou sobre o diagnóstico para a ACS foi a cunhada da mulher HIV +.
- (GF 2.14) A paciente HIV + é abordada pela ESF indiretamente. Nenhum membro falou abertamente com ela e ela nunca contou seu diagnóstico para ninguém. Ela não procura nenhum tipo de atendimento da UBS porque tem medo que sua condição se torne pública.
- (GF 2.15) A irmã de uma paciente soropositiva quis ser descadastrada da UBS porque achou que a presença do ACS todo mês em sua residência dava a entender, para a comunidade, que ela estava doente.
- (GF 2.16) O paciente que é atendido no serviço de referência gosta de lá e nem é mais atendido na ESF
- (GF 2.17) Membro da ESF refere que não sabe dizer se as pessoas não fazem mesmo o teste de HIV. Já pediu várias vezes e só uma vez deu positivo.
- (GF 2.18) O único grupo que faz teste HIV de rotina é o de gestante.
- (GF 2.19) Membro da ESF refere que se lembra de apenas uma vez que o formulário de contra-referência tenha sido respondido pelo profissional/serviço para onde o paciente foi encaminhado, e não tinha relação com HIV/aids
- (GF 2.20) O formulário de referência e contra-referência serve só para encaminhar.
- (GF 2.21) Embora o formulário de referência e contra-referência tenha uma parte específica para ser preenchida pelo profissional que o atendeu no serviço especializado, isso raramente acontece.
- (GF 2.22) Membro da equipe refere que através das visitas mensais do ACS o tema sobre HIV é abordado indiretamente, através da abordagem sobre TB.

GRUPO FOCAL 3

- (GF 3.1) O paciente com resultado do teste HIV positivo é encaminhado para a referência.
- (GF 3.2) Existe o acolhimento no serviço de referência. Ele leva o papel (pedido de encaminhamento) e não precisa mostrar pra ninguém.
- (GF 3.3) É necessário que a ESF faça a notificação.
- (GF 3.4) O serviço de referência não entra em contato com a ESF se ocorrer de um paciente da área de abrangência fazer o teste HIV lá (na referência) e dar positivo.
- (GF 3.5) O paciente soropositivo não fala pra ESF sobre o tratamento que faz no serviço de referência e o profissional não se sente a vontade para perguntar.
- (GF 3.6) O instrumento que existe entre a referência e a contra-referência é o papel do encaminhamento.
- (GF 3.7) O ACS se sente constrangido de perguntar ao paciente HIV + sobre sua doença
- (GF 3.8) O contato maior da ESF com o paciente diagnosticado é feito através da visita mensal do ACS

- (GF 3.9) A contra-referência, através do preenchimento do formulário impresso específico para isso, raramente é feita.
- (GF 3.10) Membro da equipe revela que as pessoas são menos resistentes a realizar exames em relação à tuberculose do que em relação ao HIV.

GRUPO FOCAL 4

- (GF 4.1) Todo acompanhamento do paciente soropositivo é feito fora da ESF.
- (GF 4.2) A usuária HIV+ não autorizou a ESF a contar o diagnóstico ao marido dela e a equipe acatou a decisão.
- (GF 4.3) Depois que o esposo da paciente soropositiva procurou o serviço com uma ferida no pênis, o serviço o encaminhou à referência para realizar os exames de sangue. Não fez na UBS porque já sabia o histórico da esposa HIV+. E fizeram a notificação de DST.
- (GF 4.4) A UBS faz a notificação se o resultado do exame (HIV) for +.
- (GF 4.5) O encaminhamento do paciente com resultado + é feito através de um instrumento preenchido. O endereço do local é dado no balcão de atendimento da UBS. E, nesse caso, é feito discretamente para que outros usuários presentes não percebam.
- (GF 4.6) Não existe a contra-referência.
- (GF 4.7) A ESF acompanha o paciente mesmo quando ele faz o tratamento apenas no serviço de referência, mas não refere qual a ação específica para realizar esse encaminhamento.
- (GF 4.8) Não existem ações em conjunto entre o serviço e a referência. A equipe da ESF refere nem conhecer a equipe do serviço especializado e quais as ações deles.
- (GF 4.9) A contra-referência é importante para que a ESF possa acompanhar e intervir melhor junto ao paciente soropositivo.
- (GF 4.10) A paciente HIV + faz uso da UBS para troca de receitas de medicamentos. Todo o acompanhamento de saúde dela é feito fora da ESF, mesmo as consultas com clínicos.
- (GF 4.11) A equipe da ESF refere que não consegue abordar o tema com a paciente HIV +
- (GF 4.12) Membro da ESF refere que quando o paciente procurou a UBS com queixa de ferida na região genital, já foi encaminhado diretamente para o serviço de referência em DST/aids sem fazer o teste HIV porque já sabiam que sua esposa era HIV+
- (GF 4.13) Membro da ESF refere que o serviço especializado nunca fez contato com a UBS para avisar sobre uma pessoa que os tenha procurado espontaneamente para fazer o teste de HIV e tenha dado positivo.

GRUPO FOCAL 5

- (GF 5.1) O profissional refere que quando o paciente foi cadastrado já relatou ser soropositiva e realizar acompanhamento no serviço de referência. Optaram por não identificar a paciente como soropositiva em nenhuma parte do prontuário.
- (GF 5.2) Quando o paciente é HIV + e tem TB associada, é encaminhado ao serviço de referência para tratar as duas patologias lá.
- (GF 5.3) O serviço de referência faz contato com a ESF por telefone, caso o paciente seja faltoso naquele serviço.
- (GF 5.4) Os ACS fazem a visita mensal e acompanham o paciente independente dele fazer tratamento no serviço de referência. Eles perguntam sobre a última vez que ele passou na referência e se não passou já cobram pra remarcar.
- (GF 5.5) A contra-referência é importante porque a equipe da ESF refere não saber o que fazer exatamente com esse paciente. Sente-se um pouco perdida
- (GF 5.6) Membro da ESF refere que só existe contra-referência nos casos de Psiquiatria.
- (GF 5.7) A equipe revela que há pessoas que descobrem que têm HIV enquanto estão em tratamento para TB. Quando há a co-infecção associada TB/HIV, o paciente é encaminhado ao serviço especializado
- (GF 5.8) Equipe de saúde da família refere que há casos de saúde mental que são discutidos em reuniões de matriciamento com o NASF e melhor acompanhados pela ESF.
- (GF 5.9) Um membro da equipe de saúde da família refere que o acompanhamento dos casos de HIV/aids pela ESF seria facilitado se as discussões fossem realizadas em sistema de matriciamento.

GRUPO FOCAL 6

- (GF 6.1) Uma gestante no 3º trimestre com sorologia indeterminada para HIV foi encaminhada para a referência mas não houve contra-referência. A equipe não sabia como proceder.
- (GF 6.2) A equipe entrou em contato com a coordenadoria da subprefeitura; essa entrou em contato com a referência e depois retornou a ligação para orientar a equipe.
- (GF 6.3) A equipe se sentiu responsável e comprometida com a paciente gestante embora ela tenha sido atendida no serviço de referência.
- (GF 6.4) Membro da equipe da ESF refere que a contra-referência no caso da paciente no final da gestação tinha que ter acontecido e rapidamente. Eles não poderiam ficar aguardando passivamente, pois sentiam-se responsáveis pelo bebê que poderia se contaminar.
- (GF 6.5) A equipe gostaria que existisse a contra-referência.
- (GF 6.6) A espera para uma consulta na referência é muito grande (Acho que eles não se referiam especificamente ao HIV/aids).

- (GF 6.7) A equipe não consegue entender qual foi a conduta que o profissional da referência tomou.
- (GF 6.8) Membro da ESF refere que a considera a falta de contra-referência como um reflexo da falta de compromisso profissional.
- (GF 6.9) Membro da ESF refere que considera a contra-referência ainda pior no caso de DST/aids.
- (GF 6.10) A equipe de saúde da família realiza reunião diariamente, durante 1 hora, para discutir os casos de sua área de abrangência.

GRUPO FOCAL 7

- (GF 7.1) Encaminhar para a referência é uma ação específica para o atendimento ao HIV/aids.
- (GF 7.2) A equipe da ESF acompanha o doente de HIV/aids visitando-o, monitorando sua ida ao serviço de referência. Sente-se responsável pelo paciente. Nunca o encaminha e esquece dele.
- (GF 7.3) O médico é o responsável por notificar a doença e encaminhar o paciente à referência.
- (GF 7.4) A doença é notificada. Tem uma rotina de exames que deve ser solicitado. O resultado é passado pro médico da equipe que faz o primeiro atendimento ao paciente, comunica o diagnóstico e preenche o encaminhamento pra referência. A equipe SF liga pra referência pra avisar sobre o paciente, marcar horário e passar o caso.
- (GF 7.5) Encaminhar para o serviço de referência é fácil.
- (GF 7.6) O serviço de referência se comunica bastante com a SF.
- (GF 7.7) A contra-referência é necessária
- (GF 7.8) A contra-referência é feita pelo serviço especializado e é eficaz. (GF 7.9) A contra-referência é feita pelo próprio paciente que retorna ao serviço e relata o que ocorreu no serviço de referência.
- (GF 7.10) O serviço especializado entra em contato com a SF quando ocorre alguma intercorrência com o paciente (falta, abandono de tratamento).
- (GF 7.11) Existem ações em conjunto (SF e referência). Uma delas foi a solicitação por parte da enfermeira da SF de insumos e disponibilização dos mesmos por parte do serviço especializado.
- (GF 7.12) Outra ação em conjunto com o serviço especializado é o grupo de Papanicolau (aborda as DST). A equipe do serviço especializado se responsabiliza pela palestra, focando DST; e a SF faz e distribui um kit com preservativo e informativo. Além disso, acabam solicitando outros exames também (mamografia).
- (GF 7.13) Membro da ESF considera o sistema de referência e contra-referência é eficaz, considerando que a referência é o preenchimento do papel e o contato pelo telefone e a contra-referência ocorre quando o serviço especializado entra em contato com a SF para falar de algum problema com o paciente.

- (GF 7.14) A equipe da ESF refere que ficaram sabendo dos casos de HIV que acompanharam através de anotação em prontuário, resultado de exame colhido na UBS cujo resultado foi positivo e através da mãe dos pacientes (terceiros).
- (GF 7.15) Membro da ESF refere que existe uma parceria entre a UBS, Centro de Referência e a Vigilância no que tange o encaminhamento e acompanhamento do paciente.

GRUPO FOCAL 8

- (GF 8.1) O enfermeiro é o responsável pela notificação dos casos de HIV. O médico faz o diagnóstico, mas o encaminhamento é feito pelo enfermeiro.
- (GF 8.2) O acompanhamento dos casos se dá através da monitorização do indivíduo com relação às consultas na referência e do uso das medicações.
- (GF 8.3) A contra-referência funciona muito bem e é muito importante para o trabalho da ESF.
- (GF 8.4) Não existem ações realizadas em conjunto entre a ESF e a referência.
- (GF 8.5) A parceria entre a ESF e a referência é dificultada pelo próprio território (a distância entre os serviços, por exemplo).
- (GF 8.6) A paciente descobriu o HIV depois que fez exame solicitado pelo médico da ESF.
- (GF 8.7) A paciente foi encaminhada a um serviço terciário para fazer o tratamento com relação ao HIV, mas era acompanhada mensalmente pelo ACS.
- (GF 8.8) Membro da ESF refere que não se pode dar o diagnóstico só com o 1º exame positivo para HIV. Se esse vier positivo, é necessário fazer 2º exame que é mais específico. Depois, se necessário, faz-se o diagnóstico e encaminha o paciente.
- (GF 8.9) O paciente com HIV é acompanhado pela equipe da ESF, mas o tratamento é feito no serviço especializado.
- (GF 8.10) Membro da ESF refere ter a impressão que embora seja um fator dificultador para a equipe o paciente ser tratado no serviço especializado, com relação ao HIV, para ele é melhor, devido ao preconceito das outras pessoas com relação a esse diagnóstico.

GRUPO FOCAL 9

- (GF 9.1) O responsável pela notificação é o médico.
- (GF 9.2) O fluxograma se inicia com a convocação do paciente para consulta médica no caso de exame positivo. É enviada uma notificação junto a SUVIS que será encaminhada para a coordenação. E o paciente será encaminhado para a referência.
- (GF 9.3) O encaminhamento para a referência é feito facilmente e o paciente pode ser atendido até no mesmo dia.

- (GF 9.4) Quem faz a contra-referência é o próprio paciente através de queixas secundárias e relacionadas ao diagnóstico de HIV (por ex. dermatológica).
- (GF 9.5) O médico da equipe se sente “meio perdido” em relação ao tratamento do paciente porque a contra-referência não acontece por parte do serviço especializado. **GF 9.5**
- (GF 9.6) A equipe considera que a contra-referência seria importante para melhor assistir ao paciente dentro da Saúde da Família. **GF 9.10**
- (GF 9.7) Não há ações realizadas em conjunto com a contra-referência.
- (GF 9.8) Os profissionais da ESF às vezes procuram a referência, via telefone, para conseguir insumos (preservativo feminino) e folhetos quando vão realizar alguma atividade específica em grupo. **GF 9.12**
- (GF 9.9) O instrumento para referência e contra-referência só funciona para fazer a referência. **GF 9.13**
- (GF 9.10) A paciente HIV positivo pediu para um membro da equipe da ESF não comentar seu diagnóstico com o ACS porque tinha medo que essa informação fosse revelada para as outras pessoas da comunidade.
- (GF 9.11) Doenças como Sífilis e HIV são mais facilmente descobertas na gestação porque é o momento em que sempre é solicitado sorologia.
- (GF 9.12) A equipe da ESF deu apoio e se interessou pela gestante que foi diagnosticado o HIV. Isso foi o suficiente para que ela tivesse força para fazer o tratamento.
- (GF 9.13) A equipe da ESF acolhe, conversa, explica, faz visita, dá apoio emocional.
- (GF 9.14) O paciente faz o tratamento no serviço especializado, mas o acompanhamento é feito pela ESF
- (GF 9.15) O paciente com HIV é considerado prioridade de visita para a ESF.

GRUPO FOCAL 10

- (GF 10.1) A notificação dos casos é de responsabilidade do médico e da enfermeira
- (GF 10.2) A contra-referência é feita pelo próprio paciente, que informa como está o tratamento na referência nos dias de VD do ACS.
- (GF 10.3) O encaminhamento para a referência é fácil de ser feito. O paciente mesmo que leva o impresso preenchido. E pode até ser atendido no mesmo dia.
- (GF 10.4) A contra-referência é necessária porque é importante saber se o paciente aderiu ao tratamento, se tem reação ao tratamento, se está com a carga viral muito alta. As vezes o paciente não está “se dando bem” com as medicações e os profissionais da saúde da família poderiam ajudar.
- (GF 10.5) Quem faz a contra-referência geralmente é o próprio paciente.
- (GF 10.6) A ESF “cobra” se o paciente foi à referência, se está acompanhando direitinho, se está tomando os remédios.

- (GF 10.7) O instrumento de comunicação entre a referência e a contra-referência é um relatório. Ele não funciona.
- (GF 10.8) A notificação é feita para a SUVIS. A informação já entra no sistema e a prefeitura cobra da UBS o que foi feito com o caso.
- (GF 10.9) Foi diagnosticado HIV no paciente com tuberculose porque o teste de HIV é obrigatório de ser solicitado nesses casos.
- (GF 10.10) Foi diagnosticado HIV numa paciente que havia acabado de sair do presídio e também fazia uso de drogas. Então, o médico da ESF considerou essa pessoa com comportamento de risco e solicitou sorologia para HIV
- (GF 10.11) Não há nenhuma relação entre a ESF e o serviço especializado; não há contato, não há nenhuma resposta. A ESF só encaminha o paciente para lá.
- (GF 10.12) Médico da ESF refere que sempre pede sorologia para HIV para pacientes homossexuais, pacientes heterossexuais com diagnósticos de outras DST's e usuários de drogas.
- (GF 10.13) A equipe da ESF solicitou sorologia para HIV para um paciente com tuberculose, pois faz parte do protocolo de atendimento de TB e o resultado foi positivo.

GRUPO FOCAL 11

- (GF 11.1) A VD é a ação utilizada para acompanhar o paciente que está em tratamento na referência.
- (GF 11.2) O diagnóstico é feito na UBS e o paciente é encaminhado para a referência.
- (GF 11.3) Após resultado de exame positivo, o paciente foi encaminhado para a referência e nunca mais retornou. Então foi convocado para consulta na UBS para saber se estava tudo bem e para tentar criar vínculo com ele.
- (GF 11.4) Todo acompanhamento (consulta, medicação) ocorre no serviço de referência. O acompanhamento da ESF se restringe a VD 1X por mês para saber se está tudo bem.
- (GF 11.5) A equipe considera que o foco maior de seu trabalho dentro da ESF é a prevenção e não o monitoramento dos casos de indivíduos já infectados.
- (GF 11.6) Todo paciente soropositivo é tratado somente no serviço de referência.
- (GF 11.7) Não existe contra-referência. A ESF tem a informação sobre o paciente se ela mesma buscar através das VD's.
- (GF 11.8) A contra-referência existe entre a referência e a SUVIS.
- (GF 11.9) Quem faz o encaminhamento para a referência é o médico. É fácil encaminhar.
- (GF 11.10) Não existem ações em conjunto entre a ESF e a referência.
- (GF 11.11) As pessoas com HIV não querem que ninguém saiba seu diagnóstico e têm dificuldade de falar sobre isso com o ACS.
- (GF 11.12) O ACS procura não deixar claro para o paciente que sabe sobre seu diagnóstico porque se não ele não vai querer a presença do ACS.

- (GF 11.13) A ESF ficou sabendo do diagnóstico do paciente através de sua esposa.
- (GF 11.14) Em um dos casos de HIV, o paciente sentiu-se a vontade para contar somente para o médico da ESF. Depois que passou a confiar no ACS, contou seu diagnóstico para ele.
- (GF 11.15) Médico da ESF refere que solicitou o exame de HIV numa consulta onde desconfiou que o paciente pudesse ter esse diagnóstico. O primeiro exame deu positivo e ele foi encaminhado ao serviço especializado para realizar o 2º exame e confirmar o diagnóstico.
- (GF 11.16) A equipe de saúde da família planeja suas ações durante as reuniões de equipe, que acontecem diariamente.

GRUPO FOCAL 12 (DUAS EQUIPES)

- (GF 12.1) A equipe (SF) só pode acompanhar o paciente, orientar a família, oferecer suporte emocional e apoio psicológico nos casos de HIV/aids.
- (GF 12.2) A única ação específica para acompanhamento dos pacientes é a VD. Outras ações são consideradas, pela equipe de saúde, como um veículo de exposição desnecessária ao paciente.
- (GF 12.3) Quem faz a notificação e encaminhamentos dos casos são o médico e a enfermeira da equipe.
- (GF 12.4) O fluxograma do atendimento se inicia através da vigilância epidemiológica que recebe a relação de exames laboratoriais alterados. A UBS notifica, convoca o paciente e encaminha para a referência.
- (GF 12.5) Não há dificuldades para fazer o encaminhamento.
- (GF 12.6) A contra-referência é importante.
- (GF 12.7) Não existe contra-referência.
- (GF 12.8) A contra-referência só acontece quando o paciente não está fazendo acompanhamento adequado na referência; não está tomando a medicação, não está indo às consultas. O contato é feito via telefone e então é solicitado ao ACS que faça uma VD para ver o que está acontecendo. Esses casos são raros.
- (GF 12.9) Não existem ações em conjunto com a contra-referência.
- (GF 12.10) O instrumento utilizado para referência e contra-referência só funciona para fazer a referência.
- (GF 12.11) Membro da ESF refere que ficou sabendo do diagnóstico através da própria paciente
- (GF 12.12) A equipe da ESF considera que acompanha o paciente com HIV perguntando sobre seu tratamento no serviço especializado, ouvindo suas angústias, oferecendo apoio psicológico e orientando a usar o preservativo nas relações sexuais.
- (GF 12.13) Os membros de cada equipe discutem a respeito dos casos que acompanham nas reuniões de equipe de saúde da família, que ocorrem todos os dias.

GRUPO FOCAL 13

- (GF 13.1) O paciente HIV positivo não é acompanhado dentro da ESF no que tange o tratamento do HIV, mas sim no serviço de referência. Quando o paciente tem outras queixas, que podem até estar relacionadas ao HIV ou ser consequência dele, a UBS faz o atendimento.
- (GF 13.2) A ESF acha que se o paciente não estiver aderindo ao tratamento na referência, essa procurará a UBS para saber o que está acontecendo.
- (GF 13.3) Fluxograma: exame HIV positivo -> resultado chega primeiro na SUVIS, que aciona a UBS e a equipe é comunicada -> médico ou enfermeira da equipe convocam esse paciente, ou vão numa VD e encaminham-no para a referência, fazem busca ativa de outras pessoas da família que possam ter contraído o vírus.
- (GF 13.4) A contra-referência é feita sempre através do próprio paciente.
- (GF 13.5) Não há nenhuma ação em conjunto com a contra-referência.
- (GF 13.6) O instrumento de comunicação entre a referência e a contra-referência é um formulário, uma folha de papel que é preenchida e dada ao paciente para que ele leve consigo à referência, mas esse documento nunca retorna com o parte de contra-referência preenchida.
- (GF 13.7) ACS refere que ficou sabendo o diagnóstico de HIV do paciente através da mãe dele, após seu falecimento. Acha que se tivesse sabendo antes poderia ter ajudado a prolongar um pouco mais a vida dele.
- (GF 13.8) A equipe da ESF refere que aguarda algo por escrito feito pelo serviço especializado com relação aos pacientes que são encaminhados, mas isso nunca acontece.
- (GF 13.9) ACS refere que um paciente usuário de drogas sempre apresentava algumas queixas de saúde, mas nunca comparecia aos agendamentos feitos na UBS para seu atendimento. O diagnóstico do HIV foi feito num momento de internação hospitalar quando ele veio a falecer.
- (GF 13.10) O paciente que tem TB e HIV não tem problemas em revelar seu diagnóstico de TB, mas não revelam seu diagnóstico de HIV.

GRUPO FOCAL 14

- (GF 14.1) Quando uma ACS conta sobre um caso para os outros colegas, acaba obtendo mais informações sobre o paciente.
- (GF 14.2) A equipe demonstra preocupação quando vê paciente usuário de álcool na rua, faz várias tentativas para encaminhar o paciente para o tratamento de HIV. Desenvolve um trabalho de apoio ao paciente, buscando acolhimento e apoio de familiares, no entanto, não faz nenhum encaminhamento de ações para o problema do álcool.
- (GF 14.3) Há paciente que não procura o acompanhamento da infecção, mesmo após tentativas das equipes. Isto ocorreu com caso de paciente usuário de álcool.

- (GF 14.4) A comunicação com a referência é distante. Não se sabe quando o paciente foi encaminhado se de fato ele compareceu.
- (GF 14.5) A comunicação é melhor quando é paciente com HIV associado à tuberculose, porque a equipe faz o tratamento supervisionado para o segundo. A equipe sabe se ele está sendo assíduo na referência.
- (GF 14.6) A equipe relata que há diferença de conduta em relação ao contato feito pela referência de unidade para unidade de saúde. Numa unidade a assistente social da referência ligava para uma unidade, em outra isto não acontece.
- (GF 14.7) A equipe demonstra conhecer pacientes de HIV em sua área, no entanto, como o diagnóstico não foi feito pela equipe, esta não aborda o assunto.
- (GF 14.8) No início era pedido autorização à gestante na realização do teste para HIV, hoje é feito de forma compulsória.
- (GF 14.9) Não há contra-referência para nenhuma das especialidades. As equipes avaliam que há sobrecarga de trabalho nas equipes e há alta demanda de pacientes em várias questões e que não dá para a equipe acompanhar todos os casos.
- (GF 14.10) A equipe refere que sente falta de aproximação com o serviço de referência.
- (GF 14.11) A equipe lembra de um caso de aids, homem, usuário de álcool. Avaliam que são casos difíceis, porque não é sempre que aceitam receber apoio das equipes; são pacientes que são rejeitados pelas famílias por causa do álcool.
- (GF 14.12) A equipe avalia que não é possível controlar todos os pacientes que foram encaminhados às referências, porque muitos pacientes têm alta frequência de idas às referências, não dá para a equipe acompanhar todas as suas idas.
- (GF 14.13) A equipe lembra que prontuários eletrônicos poderiam ajudar na melhor comunicação, mas refere que não é acessível na ESF.
- (GF 14.14) A equipe revela que a TB tem um protocolo já especificado de atendimento, o que não ocorre no caso do HIV.
- (GF 14.15) A equipe revela que acompanha mais de perto os casos de HIV se há a co-infecção com TB, porque a tuberculose é acompanhada na UBS através de tratamento supervisionado. Então o contato do paciente com os profissionais é muito freqüente, o que facilita o acompanhamento também em relação ao HIV

GRUPO FOCAL 15

- (GF 15.1) Foi o próprio paciente quem revelou, espontaneamente, seu diagnóstico de HIV positivo ao ACS quando este fez seu cadastro junto a UBS.
- (GF 15.2) O paciente relatou que percebe que as pessoas o tratam diferente por causa de sua condição sorológica.
- (GF 15.3) A equipe refere ter um paciente com aids que tem dificuldade de ir até o serviço de referência porque está debilitado demais.
- (GF 15.4) A equipe refere que encaminhou uma gestante no 3º trimestre com o 1º resultado de HIV indeterminado para o serviço especializado, porém não houve nenhuma contra-referência, nenhuma informação da referência de como elas deveriam continuar orientando a gestante.

- (GF 15.5) A equipe refere que gostaria que houvesse a contra-referência, mas que raramente isso acontece (em todas as especialidades) e mesmo quando ocorre as vezes nem dá pra compreender qual foi a conduta adotada pelo outro profissional.
- (GF 15.6) O médico é o responsável pela notificação.
- (GF 15.7) A contra-referência quem faz geralmente é o paciente.
- (GF 15.8) A equipe considera que uma melhora na contra-referência em relação aos casos de HIV/aids ajudaria a boa prática da equipe de saúde família com relação aos casos.

APÊNDICE 5

FRASES TEMÁTICAS

REFERENCIAS PARA ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM DST/AIDS

ENTREVISTA - REFERÊNCIA 1 (ER1)

- (ER1.1) O contato com as UBS se dá principalmente por causa das gestantes. Eles (UBS) têm muitas dúvidas então a referência diz: “encaminha para a gente que o paciente é nosso”.
- (ER1.2) Todo exame de gestante que dá positivo, o resultado vai para a SUVIS, ela entra em contato com a UBS e a UBS ou a SUVIS entra em contato com o CR (por telefone) que já garante uma consulta agendada pra ela.
- (ER1.3) Ela (a gestante) vem com uma ficha de encaminhamento normal e passa no aconselhamento em qualquer horário, é considerada prioridade para o atendimento.
- (ER1.4) A forma de encaminhar é muito variada porque cada UBS faz de um jeito. Algumas encaminham cópia do exame feito na UBS, outras não e só anotam que é HIV. Algumas vêm só com o resultado do ELISA. Cada região tem um laboratório e faz de um jeito.
- (ER1.5) Já foram feitos vários treinamentos, mas acabam se perdendo devido à alta rotatividade dos profissionais do PSF.
- (ER1.6) Existe a idéia de melhorar o fluxo de atendimento ao paciente com sorologia positiva. Acabaram de criar o Projeto de Matriciamento e a idéia é melhorar a questão da referência e contra-referência.
- (ER1.7) As ações se repetem entre os serviços (exame, diagnóstico, aconselhamento, encaminhamento à referência; e lá faz tudo de novo).
- (ER1.8) As UBS não estão fazendo o tratamento das DST e até o diagnóstico precoce do HIV, a idéia do Matriciamento é capacitar e nós tornarmos referência.
- (ER 1.9) A idéia do matriciamento em DST/aids é pioneira no estado de São Paulo. É um projeto piloto. A atenção básica não trata corretamente as DST e não faz o diagnóstico precoce do HIV.

ENTREVISTA REFERÊNCIA 2 (ER2)

- (ER2.1) A UBS faz o diagnóstico e encaminha o paciente ao serviço de referência.
- (ER2.2) O encaminhamento é muito variável: as vezes vem com o formulário de referência e contra-referência preenchido + resultado do exame laboratorial; as vezes vem com o resultado do ELISA; as vezes é encaminhado para fazer o ELISA; as vezes vem sem o confirmatório.
- (ER2.3) O formulário de referência e contra-referência é inespecífico. Trata-se do mesmo que é enviado para outras especialidades.
- (ER2.4) A SUVIS recebe uma lista do laboratório de todos os exames positivos, repassa o resultado que recebeu e cobra de cada um a resposta para o caso.

- (ER2.5) A referência recebe da SUVIS o nome da pessoa cujo resultado foi positivo, a UBS que colheu esse exame, a relação do VDRL (no caso da Sífilis). No caso de HIV eles até fazem contato telefônico.
- (ER2.6) Geralmente quando a SUVIS faz esse contato, a referência já está sabendo porque o paciente já chegou naquele serviço, mas ela (a SUVIS) tem o controle de todas as unidades e tem condições de saber se o caso já foi notificado ou não.
- (ER2.7) A equipe de PSF deve notificar os casos, eles preenchem o papel de notificação e mandam para a SUVIS, mas nunca colocam o número do SINAN e o dia da notificação e isso é um obstáculo para a referência saber se o paciente já está ou não notificado porque a SUVIS demora 1 mês para colocar no sistema. Então, muitas vezes a referência notifica esse paciente novamente e depois, se for o caso, tira a duplicidade.
- (ER2.8) A UBS às vezes notifica só com o ELISA, mas depois pode não ser confirmado. Não dá pra notificar só com o ELISA. As UBS não estão acostumadas a notificar.
- (ER2.9) A contra-referência é importante, mas não acontece porque há uma alta rotatividade de profissionais. Os treinamentos são feitos, mas em seguida a equipe se desfaz e acaba se perdendo.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Entrevista individual e Grupo Focal

AVALIACAO DA VULNERABILIDADE DAS PRATICAS VOLTADAS AO HIV/AIDS NA ATENCAO BASICA: UM ESTUDO EM DUAS REGIOES DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO

Nome do (a) Pesquisador (a): LUCIA YASUKO IZUMI NICHITA

A Sra (sr) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade analisar as práticas voltadas ao HIV/aids na Atenção Básica.

A sra (Sr) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a sra (Sr). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Com os gerentes da unidade será feita uma entrevista gravada. As falas durante a realização das reuniões dos grupos focais também serão gravadas.

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. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e o (a) orientador (a) terão conhecimento dos dados.

Ao participar desta pesquisa a sra (Sr) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre os desafios do enfrentamento da epidemia no município de São Paulo, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa subsidiar a Secretaria da Saúde, tanto a área da Atenção Básica como o Programa de DST/aids do município, onde pesquisador se compromete a debater os resultados obtidos.

A sra (Sr) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, preencha, por favor, os itens que se seguem, em duas vias, sendo uma do entrevistado e uma do pesquisador.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

TELEFONES

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

ANEXO B

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 08 de abril de 2009.
PARECER Nº 124/09 – CEP/SMS
CAAE: 0066.0.196.000-08

Para
Emiko Yoshikawa Egry
Sr(a) Pesquisadora

I – Identificação:

TÍTULO: “Necessidades de saúde da população & Possibilidades de enfrentamento na Atenção Básica”

PESQUISADORES: Emiko Yoshikawa Egry (Coordenadora) - EEUSP, e : Anna Maria Chiesa – EEUSP, Célia Maria Sivalli Campos – EEUSP, Dora Mariela Salcedo Barrientos – USP, Eunice Nakamura – UNIFESP, Lisaine Aparecida Fracoli – EEUSP, Lúcia Yasuko Izumi Nichiata – EEUSP, Maria Amélia de Campos Oliveira – EEUSP, Maria Júlia Barbosa de Moraes – UNASP, Maria Rita Bertolozzi – EEUSP, Paula Hino-EEUSP, Regina Lúcia Herculano Faustino – SMS-SP/UNASP, Renata Ferreira Takahashi – EEUSP, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca – EEUSP, Sayuri Tanaka Maeda – EEUSP, Suely Itsuko Ciosak – EEUSP.

Instituições parceiras: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), Centro Universitário Adventista de São Paulo, EEUSP.

TIPO DE PESQUISA: Pesquisa em Serviço.

LOCAIS: Coordenadoria de Saúde Sul – Supervisão do Butatã e CSE Butantã – Coordenadoria Centro-Oeste (detalhes abaixo).

VERBA: Auxílio FAPESP é esperado.

II – Objetivo:

GERAIS

2.1. Construir formas e instrumentos nos processos de trabalho em saúde que permitam reconhecer e enfrentar as necessidades em saúde da população do território;

2.2. Construir indicadores de necessidades em saúde a serem utilizados na gestão com ênfase no planejamento, na avaliação dos processos e nos resultados considerando a inter-setorialidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Subprojeto A: descrever as características dos processos de trabalho em saúde em termos das práticas e instrumentos utilizados para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população e suas vulnerabilidades; conhecer as necessidades de saúde referidas pela população e suas formas de enfrentamento; construir instrumentos no processo de trabalho em saúde.

Subprojeto B: conhecer as práticas de gerência utilizadas na Atenção Básica para identificar e responder às necessidades da população, na perspectiva da equidade e da promoção da saúde; construir indicadores de Necessidades em saúde.

Subprojeto C: construir indicadores sócio-econômicos e de produção para a organização e avaliação da gestão local de saúde.