

A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica*

COMPREHENSIVENESS AND PROGRAMMATIC VULNERABILITY TO STDS/HIV/AIDS IN PRIMARY CARE

LA INTEGRALIDAD Y LA VULNERABILIDAD PROGRAMÁTICA DE LAS ETS/VIH/SIDA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Luciane Ferreira do Val¹, Lucia Yasuko Izumi Nichiata²

RESUMO

Objetivo: Identificar a vulnerabilidade programática às DST/HIV/aids na Atenção Básica para o enfrentamento do HIV/Aids. **Método:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Município de São Paulo (MSP). Utilizou-se formulário *online* (FormSUS), com gerentes das 442 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do MSP. Participaram do estudo 74,2% gerentes, dos quais 53,6% eram enfermeiros. **Resultados:** Destaca-se a vulnerabilidade programática nas UBS com relação a alguns itens de infraestrutura, ações de prevenção, de tratamento, no pré-natal e de integração entre os serviços na atenção às DST/HIV/aids. **Conclusão:** Para a efetivação da integralidade no enfrentamento do HIV/aids na Atenção Básica é necessário atentar para a vulnerabilidade programática, além de mais investimentos e reorganização dos serviços, num diálogo com os atores sociais envolvidos (usuários, equipe multiprofissional, gerentes, gestores, entre outros).

DESCRIPTORIOS

Doenças sexualmente transmissíveis
Síndrome da imunodeficiência adquirida
Vulnerabilidade em saúde
Integralidade em saúde
Atenção Primária à Saúde
Enfermagem em saúde pública

ABSTRACT

This study aimed to identify programmatic vulnerability to STDs/HIV/AIDS in primary health centers (PHCs). This is a descriptive and quantitative study carried out in the city of São Paulo. An online survey was applied (FormSUS platform), involving administrators from 442 PHCs in the city, with responses received from 328 of them (74.2%), of which 53.6% were nurses. Attention was raised in relation to programmatic vulnerability in the PHCs regarding certain items of infrastructure, prevention, treatment, prenatal care and integration among services on STDs/HIV/AIDS care. It was concluded that in order to reach comprehensiveness of actions for HIV/AIDS in primary health care, it is necessary to consider programmatic vulnerability, in addition to more investment and reorganization of services in a dialogue with the stakeholders (users, multidisciplinary teams, and managers, among others).

DESCRIPTORS

Sexually transmitted diseases
Acquired immunodeficiency syndrome
Health vulnerability
Comprehensiveness in health
Primary health care
Public health nursing

RESUMEN

Objetivo: Identificar la vulnerabilidad programática de las Unidades Básicas de Salud con la atención a las ETS/VIH/SIDA. **Método:** Estudio descriptivo con un abordaje cuantitativo llevado a cabo en el Municipio de San Pablo. Fue utilizado un formulario *online* (el FormSUS) con los gerentes de las 442 Unidades Básicas de Salud del Municipio de San Pablo. Participaron en el estudio 74.2% de los gerentes y de estos 53.6% eran enfermeros. **Resultados:** Se destaca la vulnerabilidad programática de las Unidades Básicas de Salud en relación a algunos elementos de la infraestructura, acciones de prevención, tratamiento, prenatal y la integración entre los servicios en la atención a las ETS/VIH/SIDA. **Conclusión:** Para efectividad de la integralidad en el enfrentamiento de la HIV/SIDA en la atención Primaria es necesario considerar la vulnerabilidad programática, y mucho más inversiones y reorganización de los servicios en un diálogo con los agentes sociales implicados (usuarios, equipo multidisciplinario, gerentes, y otros).

DESCRIPTORIOS

Enfermedades de transmisión sexual
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
Vulnerabilidad en salud
Integralidad en salud
Atención Primaria de Salud
Enfermería en salud pública

* Extraído do trabalho "Vulnerabilidade ao HIV/aids: contribuição da pesquisa-ação no aprimoramento das ações de prevenção na Atenção Básica", 1ª Mostra de Trabalhos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2013. ¹ Pós-Doutoranda, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ² Professora Livre-Docente, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Em 2014, completaram-se 33 anos que cientistas nos Estados Unidos relataram a primeira ocorrência de uma doença que mais tarde ficou conhecida como síndrome da imunodeficiência adquirida (aids).

No Município de São Paulo, no período de 1980 a junho de 2012, foram notificados 81.300 casos de aids, 58.554 no sexo masculino e 22.746 casos em mulheres⁽¹⁾. A incidência de aids vem diminuindo desde 1997, como consequência da introdução da Terapia Antirretroviral Altamente Eficaz (HAART) desde 1996, reduzindo a carga viral dos portadores de aids e contribuindo a redução da transmissão do vírus⁽²⁾. A despeito desse relativo controle, um dos desafios no enfrentamento do HIV/aids é a ampliação das ações de prevenção e de diagnóstico precoce nos serviços de saúde. No Brasil, no enfrentamento da epidemia, são implementadas ações descentralizadas de prevenção, antes restritas aos serviços de referência, para as Unidades Básicas da Saúde (UBS) da Atenção Básica. A Atenção Básica tem desenvolvido ações voltadas ao enfrentamento do HIV/aids em diferentes graus e qualidade e persistem grandes desafios para o seu aprimoramento. Entre esses, encontra-se a ampliação do diagnóstico precoce, pois mais da metade das confirmações da doença é feita quando já existe deterioração imunológica. Além desse problema, outros relacionados ao tratamento prolongado são destacados, como a falta de adesão ao tratamento com ARV, que pode levar à resistência do vírus aos medicamentos e mesmo à falência do tratamento em muitos casos. Outro enfrentamento da epidemia diz respeito à melhoria da resposta à coinfeção tuberculose/HIV e à necessidade de integração dos serviços de saúde⁽³⁾.

Consideradas espaço privilegiado de atenção, seja na forma tradicional de organização das UBS, seja como Estratégia Saúde da Família (ESF), as UBS fortalecem a integralidade do cuidado⁽⁴⁾. Entretanto, esse é exatamente um dos grandes desafios do enfrentamento das DST/HIV/aids: sua efetivação na Atenção Básica.

A integralidade traz em seus sentidos um conjunto de características, tanto do sistema de saúde, das suas instituições e da organização das práticas, quanto o desafio da construção da justiça, da democracia e da efetividade do acesso à saúde por meio de tecnologias de diferentes densidades, saberes e práticas, de acordo com as necessidades de cada um, de forma solidária⁽⁵⁾.

A integralidade no sentido de organizar as práticas busca romper com a divisão entre a saúde pública e a assistência médica, entre as ações de prevenção e as de recuperação (curativas) da saúde, para que necessidades dos usuários não sejam reduzidas ao conhecimento técnico do profissional de saúde⁽⁵⁾.

O princípio da integralidade na organização dos serviços na Atenção Básica exige práticas de saúde horizontais

dos programas antes verticais. Porém, as equipes das unidades de saúde pautam o atendimento não mais no enfoque médico e em programas específicos do Ministério da Saúde, e sim no enfoque epidemiológico, ou seja, da oferta de serviços para responder exclusivamente às doenças de uma população⁽⁵⁾.

Em face da trajetória percorrida pelo MSP no enfrentamento do HIV/aids e o desconhecimento sobre como as UBS estão organizadas na atenção em HIV/Aids, este estudo elegeu como objetivo identificar marcadores de Vulnerabilidade Programática (VP) às DST/HIV/aids na Atenção Básica no MSP para o enfrentamento do HIV/aids.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório que toma como referência o conceito de vulnerabilidade, em seu âmbito programático⁽⁶⁻⁷⁾, ou seja, as condições de estrutura, dinâmica, organização e operacionalização das ações para o enfrentamento do HIV/aids, neste caso nos serviços da Atenção Básica.

O conceito de vulnerabilidade compreende um conjunto de contextos coletivos interconectados que possibilitam maior exposição ou menor proteção ao HIV/aids. Diferencia-se do conceito de risco, central nos estudos em epidemiologia. A operacionalização da vulnerabilidade possibilita um modo de avaliar objetiva, ética e politicamente as condições de vida que tornam indivíduos e grupos expostos ao problema e os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para o seu enfrentamento. Compreende-se que o adoecimento de uma pessoa é determinado por um conjunto de condições que não se limita apenas ao seu comportamento e aos aspectos biológicos da infecção. Essa pessoa está inserida num contexto sociopolítico-cultural-econômico e de oferta de serviços de saúde que podem fortalecer ou não uma proteção contra a doença⁽⁸⁻⁹⁾.

Os gerentes das UBS da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) foram os sujeitos do estudo. O instrumento usado na coleta dos dados baseou-se em dois formulários: um denominado *Monitoramento dos Processos de Descentralização das Ações em DST/aids na Atenção Básica*, desenvolvido pelo Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS - SP da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo⁽¹⁰⁾, e o segundo na Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)⁽¹¹⁾.

Foi criado na plataforma do FormsUSP um formulário *online* com 51 questões, enviado aos gerentes de 442 UBS, no período de abril a setembro de 2011. A análise da integralidade na atenção ao HIV/aids nas UBS foi norteada por cinco marcadores de Vulnerabilidade Programática: a) Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids, composto por 16 itens; b) Respostas às necessidades de tratamento em DST/

HIV/aids, composto por sete itens; c) Ações de pré-natal e puerpério em relação a atenção às DST/HIV/aids, composto por 11 itens; d) Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids, composto por 10 itens; e e) Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade, composto por 8 itens⁽¹²⁾.

As respostas foram classificadas como ATENDE e NÃO ATENDE aos itens de acordo as preconizações e recomendações do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde, atribuindo-lhes, respectivamente, valores de 1 e 0. Considerou-se um corte percentual abaixo de 80% para cada item analisado.

Na análise utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19. Os dados foram apresenta-

dos descritivamente em tabelas e gráficos contendo frequência absoluta (nº) e relativa (%).

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

RESULTADOS

Participaram do estudo 328 (74,2%) gerentes das UBS do Município de São Paulo; destes, 176 (53,6%) eram enfermeiros.

Apesar de as UBS do estudo atenderem à maioria dos itens avaliados, foi possível identificar Vulnerabilidade Programática na Atenção Básica às DST/HIV/aids (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos Marcadores de Vulnerabilidade Programática e respostas afirmativas aos itens – Município de São Paulo, SP, 2012.

Marcadores de Vulnerabilidade Programática	Respostas Afirmativas aos Itens (N=328)	
	Nº	%
Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids (16 itens)		
A. Consultório permite privacidade visual/auditiva para atendimento em DST/HIV/aids.	275	83,8
B. Sala para realização de atividade educativa.	267	81,4
C. Disponibilidade de materiais básicos para atividade educativa.	242	73,8
D. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Pílula.	325	99,1
E. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Injetável.	297	90,5
F. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: DIU.	254	77,4
G. Distribuição regular de insumos de contracepção e prevenção: Preservativo Masculino.	306	93,3
H. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Pílula.	322	98,2
I. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Injetável.	294	89,6
J. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: DIU.	270	82,3
K. Quantidade de insumos de contracepção e prevenção: Preservativo masculino.	284	86,6
L. Quantidade de exames laboratoriais: Sífilis.	327	99,7
M. Quantidade de exames laboratoriais: Anti-HIV.	328	100,0
N. Quantidade de exames laboratoriais: Sorologia Hepatite B.	328	100,0
O. Coleta diária de exames laboratoriais em geral.	326	99,4
P. Exame para gravidez imediata em caso de atraso menstrual.	324	98,8
Respostas às necessidades de tratamento em DST/HIV/aids (7 itens)		
A. Faz tratamento com Penicilina Benzatina quando há diagnóstico de sífilis na gestante.	289	88,1
B. Indica tratamento com Penicilina Benzatina, sem pedido ou resultado de exame do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis.	213	64,9
C. Realiza tratamento da candidíase.	328	100,0
D. Realiza tratamento da sífilis.	327	99,7
E. Realiza tratamento da tricomoníase.	322	98,2
F. Realiza tratamento da clamídia.	298	90,9
G. Faz atendimento com base na abordagem sindrômica.	274	83,5
Ações de pré-natal e puerpério em relação a atenção às DST/HIV/aids (11 itens)		
A. Agenda da primeira consulta de pré-natal é de até duas semanas.	308	93,9
B. A oferta do exame de Papanicolaou às gestantes é um procedimento padrão.	306	93,3
C. Oferece teste de detecção de sífilis à gestante no 1º e 3º trimestres da gestação.	203	61,9
D. Faz teste de detecção da Hepatite B no pré-natal.	325	99,1
E. Faz teste de detecção da Hepatite C à gestante.	299	91,2
F. Faz teste de detecção de HIV no pré-natal.	220	67,1
G. Realiza abordagem consentida para solicitação de teste para HIV à gestante.	256	78,0
H. A comunicação do diagnóstico de HIV à gestante é realizada por equipe multiprofissional.	119	36,3
I. Realiza busca ativa para comparecimento do parceiro da gestante com diagnóstico de HIV.	322	98,2
J. Notifica o diagnóstico de sífilis da gestante.	327	99,7
K. Tem hospital de referência para o parto da gestante HIV positiva.	316	96,3

Continua...

Marcadores de Vulnerabilidade Programática	Respostas Afirmativas aos Itens (N=328)	
	Nº	%
Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids (10 itens)		
A. Profissionais capacitados para realizar o atendimento por abordagem sindrômica das DST.	168	51,2
B. Profissionais capacitados para realizar o aconselhamento na oferta do teste de HIV.	119	36,3
C. Realiza ação para comparecimento do(a) parceiro(a) em caso de DST.	319	97,3
D. Realiza ação para comparecimento do(a) parceiro(a) quando há caso específico de HIV.	319	97,3
E. Faz busca ativa de usuários portadores de DST que não comparecem à unidade.	318	97,0
F. Equipe multiprofissional faz o preenchimento da notificação de exame positivo para detecção de sífilis.	182	55,5
G. Realiza teste para HIV, na população em geral, em qualquer dia da semana.	304	92,6
H. Faz aconselhamento para o exame de HIV.	35	10,7
I. O tempo médio do retorno do resultado do exame de HIV positivo à unidade é de até sete dias.	126	38,4
J. Realiza abordagem consentida ao pedir exame de HIV.	251	76,5
Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade (8 itens)		
A. Existe fluxo de notificação de sífilis congênita na maternidade.	295	89,9
B. Faz a notificação do diagnóstico de HIV da gestante.	313	95,4
C. Fornece ficha de encaminhamento e marca consulta na referência em DST/aids (CRT e SAE) das gestantes diagnosticadas com HIV.	206	62,8
D. Existe retorno das informações à unidade, após o encaminhamento das gestantes às referências DST/aids (CRT e SAE).	224	68,3
E. Existe retorno para a unidade sobre o parto da gestante HIV encaminhada.	239	72,9
F. Faz o agendamento na referência em DST/aids, quando diagnostica resultado positivo para HIV.	205	62,5
G. Existe fluxo de referência/contrarreferência dos pacientes encaminhados à especialidade em DST/aids.	93	28,4
H. Faz o acompanhamento dos casos encaminhados à referência em DST/aids.	279	85,1

Na Tabela 1, no conjunto do marcador de *Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids*, identificou-se que há 86 (26,2%) UBS que não têm disponíveis materiais básicos para atividade educativa e 74 (22,6%) que não possuem disponíveis de forma regular insumos de contracepção e prevenção, como o Dispositivo Intrauterino (DIU).

No marcador de *Respostas às necessidades de tratamento em DST/HIV/aids*, 115 (35,1%) UBS não indicam tratamento, com Penicilina Benzatina, do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis, sem pedido ou resultado de exame, contrariamente ao que é preconizado.

Nas Ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às DST/HIV/aids, destaca-se que 125 (38,1%) UBS não oferecem teste de detecção de sífilis à gestante no primeiro e terceiro trimestres da gestação, 108 (32,9%) não fazem teste de detecção de HIV no pré-natal, 72 (22%) não realizam a abordagem consentida para solicitação de teste para HIV à gestante e em 209 (63,7%) a comunicação do diagnóstico de HIV à gestante não é realizada por equipe multiprofissional.

No conjunto do marcador *Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids*, falta capacitação dos profissionais, em 160 (48,8%) UBS para o atendimento por abordagem sindrômica e em 209 (63,7%) para realizar o aconselhamento na oferta do teste do HIV. Em 146 (44,5%) UBS não é a equipe multiprofissional que faz o preenchimento da notificação de exame positivo para detecção de sífilis. Não é realizado o aconselhamento para o exame de HIV em 293 (89,3%) UBS; em 202 (61,6%) UBS o tempo médio para o retorno do resultado do exame do HIV positivo é

maior que sete dias; e em 77 (23,5%) UBS não se realiza abordagem consentida ao pedir o exame do HIV.

Dentre os marcadores, o que trata da *Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidade*, que pressupõe comunicação da Atenção Básica com outras Unidades, sejam elas de referência para a assistência em HIV/AIDS, sejam de vigilância, foi aquele em que houve menor percentual de UBS que afirmou realizar ações nesses aspectos. Inexiste o retorno das informações à unidade, após o encaminhamento das gestantes às referências DST/aids em 104 (31,7%) e 89 (27,1%) UBS sobre o parto, inexistindo fluxo de referência/contrarreferência dos pacientes encaminhados à especialidade em DST/aids em 235 (71,9%) UBS.

DISCUSSÃO

Ao analisar a vulnerabilidade programática nas UBS do município de São Paulo, chama a atenção que em grande parte delas é o enfermeiro o seu gerente. Historicamente, o enfermeiro tem ocupado cargos de chefia e coordenação de unidades ou áreas de trabalho e da equipe de enfermagem no País⁽¹³⁾. O enfermeiro nas UBS possui na gerência um importante instrumento com potencialidade para promover na equipe multidisciplinar um processo de reflexão e revisão de sua prática, para (re)organização do serviço, com comprometimento na produção de cuidados de saúde, e não no simples cumprimento de ações fragmentadas ou em procedimentos isolados⁽¹⁴⁾.

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

dos níveis locais e dos usuários dos serviços), há necessidade de um perfil de gerente da UBS com novos conhecimentos e habilidades⁽¹³⁾. A integralidade como norteadora da atividade gerencial, provocadora de mudanças no modelo assistencial médico hegemônico, deve ser construída no diálogo entre a formação e o mundo do trabalho, na construção do conhecimento, na relação da teoria com a prática e na busca da reflexão na ação⁽¹⁴⁾.

No âmbito da organização das práticas na atenção às DST/HIV/aids nas UBS, o gerente e a equipe multidisciplinar podem ser *agenciadores de mudança* para realizar a integralidade. A integralidade na saúde concebida como um *feixe de luz*⁽¹⁵⁾, sujeita aos mesmos fenômenos da física, com propriedade de reflexão, refração ou absorção, interpreta que os agenciadores, quando sofrem uma reflexão, voltam para o ponto de origem ao tentar transpor obstáculos. Dessa forma, num segundo momento, rompem alguns entraves, atravessam espaços, ainda que sofram algum coeficiente de refração e desvios. Os agenciadores da integralidade romperiam dessa forma as barreiras, ao construir novas formas de fazer/agir na prática cotidiana.

O enfermeiro sendo gerente e a equipe multidisciplinar sendo *agenciadores de mudança*, ao buscar implementar ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids, respondem às necessidades de tratamento, desenvolvem ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às DST e integram ações com as referências em DST/HIV/aids. Mesmo que em algum momento tenham dificuldades em transpor obstáculos, traduzidos nas dificuldades identificadas como VP, esses *agenciadores de mudança*, iluminados pela integralidade, são potentes para construir novas formas de fazer/agir na prática cotidiana dos serviços. Dessa forma, novos arranjos institucionais podem ser produzidos, focados no usuário, ao considerar suas vulnerabilidades, potencialidades e respeitar o direito do cidadão, conforme preconiza o princípio de integralidade.

A análise dos marcadores de VP na atenção ao HIV/aids nas UBS da SMS de São Paulo demonstrou desafios a serem superados. É importante frisar que no conceito da VP está contido o sentido de que há potência para superação das condições que levam à vulnerabilidade; de tal forma, dialeticamente está posta a relação vulnerabilidade/emancipação. Há vulnerabilidade na medida em que há condições de enfrentamento de dada condição.

Em relação ao marcador *Infraestrutura para Realização das Ações de Prevenção em DST/HIV/aids*, o estudo mostrou que há insuficiência de materiais educativos e outros insu- mos de prevenção como o DIU nas UBS pesquisadas, problema este identificado em outros estudos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Nas *Respostas às Necessidades de Tratamento das DST/HIV/aids* destaca-se que a maior parte das UBS não realiza o tratamento com penicilina benzatina do(s) parceiro(s) da gestante com diagnóstico de sífilis, mesmo sem o resultado

do exame laboratorial, como indicado pela Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Sabe-se que um obstáculo para a eliminação da sífilis congênita é a dificuldade de tratar o(s) parceiro(s) da gestante que têm a doença diagnosticada. No Estado de São Paulo, estima-se que apenas 14% dos parceiros das gestantes com sífilis são adequadamente tratados, o que indica problemas em relação à qualidade do atendimento pré-natal⁽²⁰⁾.

No marcador *Ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às DST/HIV/aids* verificou-se que existem desafios a serem superados, principalmente com relação à oferta do teste de detecção da sífilis no primeiro e terceiro trimestres da gestação e do teste anti-HIV.

De fato, esse é um problema em várias localidades. No estudo *Resultados do estudo sentinela-parturiente*⁽²¹⁾, verificou-se que apenas 14,1% das parturientes atendidas em 150 maternidades do SUS realizaram dois testes de sífilis durante a gestação, conforme preconizado, e que há baixa cobertura do segundo teste de sífilis no pré-natal, o que mostra que as recomendações do MS não são seguidas.

Na cobertura do teste anti-HIV durante a gestação, em entrevista com 435 mulheres de cinco municípios do Noroeste do Paraná, Brasil, a cobertura foi de 89,6%⁽²²⁾, o que ainda está distante do ideal, que é 100% de cobertura. Em outro estudo o resultado foi de apenas 48,4% de cobertura em gestantes em cinco UBS da Família do município de Cuité, Paraíba, Brasil⁽²³⁾.

Outro desafio é o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV ser realizado às gestantes por membros de equipe multiprofissional. O aconselhamento precisa ser feito com o sentido de humanização, no momento de comunicar a informação sobre o resultado, qualquer que seja ele, negativo ou positivo. Num estudo efetuado com enfermeiros em consultas de pré-natal em três unidades ESF, Fortaleza, Ceará, discute-se que na atenção prevalece o relacionamento entre profissional e usuário o *EU-SSO*, ou seja, uma relação sujeito-objeto, em vez do *EU-TU*, sujeito-sujeito. Isso acontece devido à exigência do trabalho em termos de produtividade, medida de forma quantitativa, de tal forma que as consultas são realizadas rápida e mecanicamente, sem oferecer uma assistência humanizada⁽²⁴⁾.

No MSP, qualquer profissional capacitado para o aconselhamento pode solicitar o exame para o HIV e sífilis (Portaria nº 2.703, de 20 de dezembro de 2003)⁽²⁵⁾. No entanto, algumas UBS do Município ainda não a incorporaram em sua prática, de tal forma que os testes são realizados sem a devida abordagem.

A testagem tem aumentado no País, mas sem oferta do aconselhamento, sem a devida atenção à decisão autônoma das pessoas, com desigualdades decorrentes de nível de escolaridade, região e raça⁽²⁶⁾.

No marcador *Ações de prevenção em relação às DST/HIV/aids* evidenciou-se como um grande desafio o retorno do resultado do exame HIV não ultrapassar sete dias. Segundo gerentes de UBS em 30 municípios do Estado de São Paulo, em 28,1% (n = 305) das UBS há demora no retorno dos resultados do exame de sífilis, HIV e hepatite B em torno de 15 dias; em 7,1% (n = 263) em torno de 16 a 30 dias; e em 3,2% (n = 340) mais de 31 dias⁽¹⁸⁾.

Os laboratórios possuem questões complexas que dificultam o fluxo de atendimento dos usuários das UBS, como: a falta de regulação e fiscalização dos laboratórios terceirizados, fragmentação dos tipos de exames entre vários laboratórios, a realização de exames sujeitos à capacidade operacional dos kits, a restrição de cotas para realização dos exames, entre outras⁽¹⁸⁾.

Em *Integração das Ações entre UBS, SAE em HIV/DST/aids e maternidade* encontra-se um dos pontos críticos a ser enfrentado, que trata do fluxo de referência e contrarreferência das UBS para os demais pontos da rede de atenção, indicativo de que há fragmentação da atenção à saúde. Outros estudos têm apontado que o sistema de referência e contrarreferência é um problema para a equipe multiprofissional, independentemente do nível de assistência (primário, secundário e terciário), ou do evento ou doença envolvidos, desde meados da década de 1980⁽²⁷⁻²⁸⁾.

A integralidade da atenção não tem se concretizado, pois a descentralização e a regionalização não têm possibilitado processos de integração dos serviços nos diferentes níveis de atenção para formação de redes de assistência. Existe desproporção do número de UBS com o número de habitantes; há insuficiências na rede de serviços nos níveis secundário, terciário e de recursos humanos; despreparo dos profissionais para atividades que exigem qualificação específica, dificulda-

des operacionais dos sistemas de informação, entre outros, o que resulta em fragmentação dos recursos e distanciamento na atenção das necessidades de saúde da população⁽²⁹⁾.

A integralidade requer que as UBS estejam articuladas com outros serviços de saúde para oferecer todos os tipos de serviços de atenção à saúde (incluindo os encaminhamentos para outros serviços), esclarecendo sua responsabilidade tanto para o usuário quanto para a equipe. Esta, além de saber identificar os problemas do usuário (funcionais, orgânicos e sociais), deve oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e assistenciais⁽³⁰⁾.

CONCLUSÃO

O estudo alcançou seu objetivo ao identificar marcadores de Vulnerabilidade Programática (VP) às DST/HIV/aids na Atenção Básica no MSP. Além disso, identificou que a maioria dos gerentes das UBS são enfermeiros e, portanto, o quanto é importante esse profissional unir conhecimento científico, competência política e sentido ético do cuidado para gerir com qualidade as UBS para o enfrentamento do HIV/aids.

Para a efetivação da integralidade na atenção às DST/HIV/aids na Atenção Básica é fundamental mais investimentos e reorganizar os serviços, ao levar em conta as VP, num diálogo com os atores sociais envolvidos (usuários, equipe multiprofissional, gerentes, gestores, entre outros).

Os avanços tecnológicos, principalmente em relação ao tratamento das DST/HIV/aids, não substituem a busca pela melhoria das ações no âmbito programático na Atenção Básica; ao contrário, reforçam a necessidade de que sejam apropriadas por esse ponto da atenção no sentido de sua centralidade no território em coordenação conjunta com os demais pontos da rede de serviços.

REFERÊNCIAS

1. Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV e DST do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Vigilância em Saúde, São Paulo. 2012;15(16).
2. Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV/DST e Hepatites B e C do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Vigilância em Saúde, São Paulo. 2011;15(14).
3. Paula IA, Guibu IA. DST/aids e rede básica: uma integração necessária. São Paulo: Secretária de Estado da Saúde; 2007.
4. Brêtas ACP, Pereira AL. Gestão em unidades básicas de saúde. In: Harada MJCS, organizador. Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2011. p. 377-83.
5. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; 2009. p. 43-68.
6. Mann J, Tarantola DJM, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e aids. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. A Aids no mundo; p. 275-300.
7. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Gryscek ALFPL, Araújo NVDL, Barbosa MCPF, Ciosak SI, et al. The potential of the concept of vulnerability in understanding transmissible diseases. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2012 Feb 07];45(n. spe 2):1769-73. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/en_23.pdf
8. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fraccolli LA. The use of the "vulnerability" concept in the nursing area. Rev Latino Am Enferm. 2008;16(5):129-35.
9. Ayres JRCM, Paiva V, França Junior I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: Parker P, Sommer M, organizadores. Routledge handbook in global public health. Abingon: Oxon: Taylor & Francis; 2011. p. 98-107.

10. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde; Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. Programa Estadual DST/Aids. Monitoramento da Atenção Básica [Internet]. São Paulo; 2011 [citado 2012 fev. 07]. Disponível em: http://formus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=2557
11. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica: AMAQ-AB [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2012 jul. 22]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/amaq/>
12. Val LF, Nichiata LYI. A integralidade na atenção às DST/HIV/AIDS: a vulnerabilidade programática em unidades de saúde. Saarbrücken, Alemanha: Novas Edições Acadêmicas; 2014.
13. Alves M, Penna CMM, Brito MJM. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. Rev Bras Enferm. 2004;57(4):441-6.
14. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. Texto Contexto Enferm. 2009;18(2):313-20.
15. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(1):53-61.
16. Souza FO. Avaliação normativa das ações de testagem e aconselhamento para HIV em Unidades Básicas do Município de Manaus/AM [dissertação]. Manaus: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
17. Ferraz DAS. Avaliação da implantação das ações de prevenção das DST/aids numa Unidade de Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.
18. Bersusa AAS, Gonçalves DA, Guibu IA, Paula IA. Entendendo a realidade dos serviços: análise dos resultados. In: Paula IA, Guibu IA, organizadores. DST/aids e rede básica: uma integração necessária. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2007. p. 34-50.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 28 dez. 2011. Seção 1, p. 54.
20. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde; Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Programa Estadual DST/Aids. Implantação do pré-natal do homem [Internet]. São Paulo; 2012 [citado 2014 mar. 13]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dst-ids-sp/acoes-programaticas/implantacao-do-pre-natal-do-homem>
21. Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Miranda AE, Paz LC. Resultados do Estudo Sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2007;19(3-4):128-33.
22. Misuta NM, Soares DA, Souza RKT, Matsuo T, Andrade SM. Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2008;8(2):197-205.
23. Matos SD, Baptista RS, França ISX, Medeiros FAL, Brito VRS. Conhecimento das gestantes atendidas nos serviços de pré-natal acerca do teste anti - HIV. Rev RENE. 2009;10(2):122-30.
24. Araújo MAL, Farias FLR, Rodrigues AVB. Aconselhamento pós-teste anti-HIV: análise a luz de uma teoria humanística de Enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2006;10(3):425-31.
25. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo. Eliminação da transmissão vertical do HIV/aids e da sífilis. São Paulo; 2010.
26. Paiva V, Pupo LR, Barbosa R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. Rev Saúde Pública. 2006;40 Supl:109-19.
27. Juliani CMCM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(4):323-33.
28. Maeda ST. Gestão da referência e contra referência na atenção ao ciclo gravídico puerperal: a realidade do Distrito de Saúde do Butantã [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
29. Saito RXS. Integralidade a perspectiva da integração dos serviços para formação de redes de atenção: estudo de caso em uma região de saúde do município de São Paulo, Brasil [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
30. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

Agradecimentos:

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