

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS EM SAÚDE**

LUCIANA PATRICIA FERRAZ DOS SANTOS

**PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE
ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS -SAE NO
MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA-PE**

**RECIFE
2011**

LUCIANA PATRICIA FERRAZ DOS SANTOS

**PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA
EM HIV/AIDS -SAE NO MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA - PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em gestão de sistemas e serviços de saúde.

Orientadora: Prof^a. Mc. Aletheia Soares Sampaio

RECIFE

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S237p Santos, Luciana Patrícia Ferraz dos.

Projeto para a implantação do Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS – SAE no Município de Serra Talhada – PE / Luciana Patrícia Ferraz dos Santos — Recife: L. P. F. dos Santos, 2011.

32f.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

Orientadora: Aletheia Soares Sampaio.

1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. Serviços de Saúde. I. Sampaio, Aletheia Soares. II. Título.

LUCIANA PATRÍCIA FERRAZ DOS SANTOS

**PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA
EM HIV/AIDS -SAE NO MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA - PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em gestão de sistemas e serviços de saúde

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Aletheia Soares Sampaio
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Prof^a. Dr^a. Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

AGRADECIMENTO

Aos meus pais, pela presença atenciosa a cada passo e por me ensinar que para enfrentar os desafios“ é só começar”.

À secretária municipal de saúde, Dr^a. Socorro Brito, pela confiança que depositou na minha pessoa para a realização do curso.

Ao meu noivo, pela compreensão que teve em alguns momentos de ausência em virtude do curso.

Às professoras Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos e Aletheia Soares Sampaio, que por nenhum momento se recusaram a contribuir para a realização desse trabalho.

A Deus, por ter me dado força, inspiração para a conclusão de mais uma etapa da minha vida.

“Só eu sei as esquinas porque passei [...] os desertos que atravessei”.

Djavan

SANTOS, Luciana Patrícia Ferras dos. **Projeto de implantação do serviço de assistência especializada em HIV/AIDS no município de Serra Talhada - PE.** 2011. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

Trata-se de um projeto de intervenção cujo objetivo é a implantação um Serviço de Assistência Especial – SAE, em Serra Talhada, Pernambuco. Estima-se uma média de atendimento de vinte pacientes por mês com HIV/AIDS e demais DST'S. Objetiva-se, dessa forma, melhorar e humanizar esse tipo de serviço, mediante o implante de equipe multiprofissional, que prestará assistência também farmacêutica e psicológica aos usuários e seus familiares.

Palavras-chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Serviços de Saúde.

SANTOS, Patrícia Luciana Ferraz dos. **Project implementation assistance service specializing in HIV / AIDS in the city of Sierra Talhada - PE.** 2011. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) – Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2011.

ABSTRACT

It is an intervention project aimed at deploying a Special Assistance Service - SAE, Sierra Talhada, Pernambuco. It is estimated an average attendance of twenty patients per month with HIV / AIDS and other STDs. Objective is thus to improve and humanize this type of service by the implantation of a multidisciplinary team, which also provide pharmaceutical and psychological assistance to users and their families.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome, Health Services.

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 09 |
| 2 | JUSTIFICATIVA..... | 15 |
| 3 | MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL..... | 16 |
| 4 | OBJETIVOS..... | 21 |
| 4.1 | Objetivo Geral..... | 21 |
| 4.2 | Objetivos Específicos..... | 21 |
| 5 | METAS..... | 22 |
| 6 | DIRETRIZES/VIABILIDADE..... | 23 |
| 7 | ESTRATÉGIAS..... | 24 |
| 8 | PLANO OPERATIVO..... | 26 |
| 8.1 | Período de implantação do SAE..... | 26 |
| 8.2 | População de referência..... | 26 |
| 8.3 | Seleção do serviço/área para o SAE..... | 26 |
| 8.4 | Espaço/ Planta Física..... | 26 |
| 9 | RESULTADOS ESPERADOS..... | 27 |
| 10 | CRONOGRAMA..... | 28 |
| 11 | ORÇAMENTO..... | 29 |
| | REFERÊNCIAS..... | 30 |

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil é palco de um fenômeno de grande magnitude e extensão: a epidemia da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), doença causada pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). De acordo com o Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde do Brasil, foram notificados no SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), até o final de 2010, um total de 429.581 casos de AIDS, sendo 47% desses casos na região Nordeste do país (BRASIL, 2010).

Com seu surgimento em meados dos anos 80, o primeiro caso de AIDS no Brasil foi notificado na cidade de São Paulo (BRASIL, 1999). Posteriormente, outros casos vieram a público, basicamente restritos a São Paulo e Rio de Janeiro, tendo como categoria de exposição preponderante os homens que faziam sexo com outros homens (HSH), os hemofílicos pessoas que receberam sangue e hemoderivados (BASTOS et al., 1995).

Inicialmente configurada como uma epidemia de grandes centros urbanos, entre 1997 e 2007, verificou-se como tendência da epidemia, uma queda no número de casos de AIDS nas grandes cidades e aumento no interior do país. Nesse período, a incidência nos municípios com menos de 50 mil habitantes dobrou, revelando a chamada “interiorização” da epidemia (BRASIL, 1999).

Pernambuco é um estado situado no Nordeste do Brasil, que está dividido em cinco Mesorregiões, denominadas: Metropolitana do Recife, Mata Pernambucana, Agreste Pernambucano, Sertão Pernambucano e São Francisco Pernambucano. Serra Talhada é uma cidade localizada no Sertão do estado, na Microrregião Pajeú, uma das quatro que compõem a Mesorregião do Sertão Pernambucano. É o maior município dentre os dezessete que compõem a microrregião citada e está situado às margens da BR-232, com uma população absoluta de 79.232 habitantes (IBGE, 2010). O quadro 1 mostra os demais municípios componentes da Microrregião do Pajeú e suas respectivas populações absolutas:

| MUNICÍPIO | POPULAÇÃO/HABITANTES |
|---------------------------|----------------------|
| Afogados da Ingazeira | 35 314 |
| Brejinho | 7 307 |
| Calumbi | 5 651 |
| Carnaíba | 18 585 |
| Flores | 22 171 |
| Iguaraci | 11 780 |
| Ingazeira | 4 496 |
| Itapetim | 13 882 |
| Quixaba | 6 735 |
| Santa Cruz da Baixa Verde | 11 769 |
| Santa Terezinha | 10 991 |
| São José do Egito | 31 838 |
| Solidão | 5 744 |
| Tabira | 26 430 |
| Triunfo | 15 006 |
| Tuparetama | 7 925 |
| Serra Talhada | 79232 |
| TOTAL | 314.856 |

Quadro 1 – Municípios pertencentes à Microrregião do Pajeú do estado de Pernambuco e Suas Populações

Fonte: Pernambuco de A a Z:

Com uma densidade de 23,7 hab/km², Serra Talhada tem uma população com 52% de mulheres e 48% de homens (IBGE, 2010). Na cidade, além das escolas municipais, estaduais e particulares de Ensino Fundamental e Médio, há a Faculdade de Formação de Professores de Serra Talhada – FAFOPST, a Faculdade de Integração do Sertão – FIS, a Universidade Federal Rural de Pernambuco-UFRPE, a Universidade de Pernambuco – UPE, a Universidade Anhanguera de ensino à distância, o Centro Tecnológico do Pajeú e a Escola Técnica Estadual Clóvis Nogueira Alves. No referente à estruturação dos serviços de saúde, Serra Talhada possui um hospital público (que presta atendimento à região e a cidades de outros estados), um hospital particular, duas Casas de Saúde e Maternidade sendo uma pública e a outra particular, uma clínica cirúrgica, quatorze Unidades de saúde da Família, um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS e vários consultórios médicos de especialidades diversas. A principal atividade econômica é a agropecuária, tendo o comércio, também, grande importância econômica.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Serra Talhada (2011), o número de casos acumulados de AIDS tem experimentado elevação, passando de

um único caso, em 1989 a um total de 42 casos 2010, conforme demonstrado na tabela 1. Quanto às taxas de incidência, verificou-se ao longo dos últimos anos, de acordo com dados do SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) obtidos com a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, e demonstrados no gráfico 1, no período de 1989 a 1996, a taxa de incidência manteve-se estável, em torno de 1,4/ 100.000 habitantes (hab) aumentando em seguida, permanecendo, em 2001 e 2002 em 5,7/ 100.000 hab. Sucessivamente, continuou elevada com um pico em 2003, quando chegou a 7,1/ 100.000hab. E em 2007, observa-se um novo aumento, atingindo 8,6/ 100.000hab.

Tabela 1 – Número de Casos de HIV/AIDS por faixa etária no período de 1989 a 2010, em Serra Talhada – Pernambuco.

| Faixa Etária | 1989 | 1990 | 1993 | 1996 | 1998 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Total |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 15 a 19 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 |
| 20 a 29 | 1 | - | - | - | - | 2 | 2 | - | 1 | 3 | - | 1 | - | 1 | 11 |
| 30 a 39 | - | 1 | - | 1 | 1 | 1 | - | 5 | 1 | - | 1 | 2 | 2 | 2 | 17 |
| 40 a 49 | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - | - | 1 | 2 | - | 3 | 1 | 9 |
| 50 a 59 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 | 2 |
| 60 a 69 | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 2 |
| Total | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 5 | 2 | 4 | 5 | 3 | 6 | 5 | 42 |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Serra Talhada – PE.

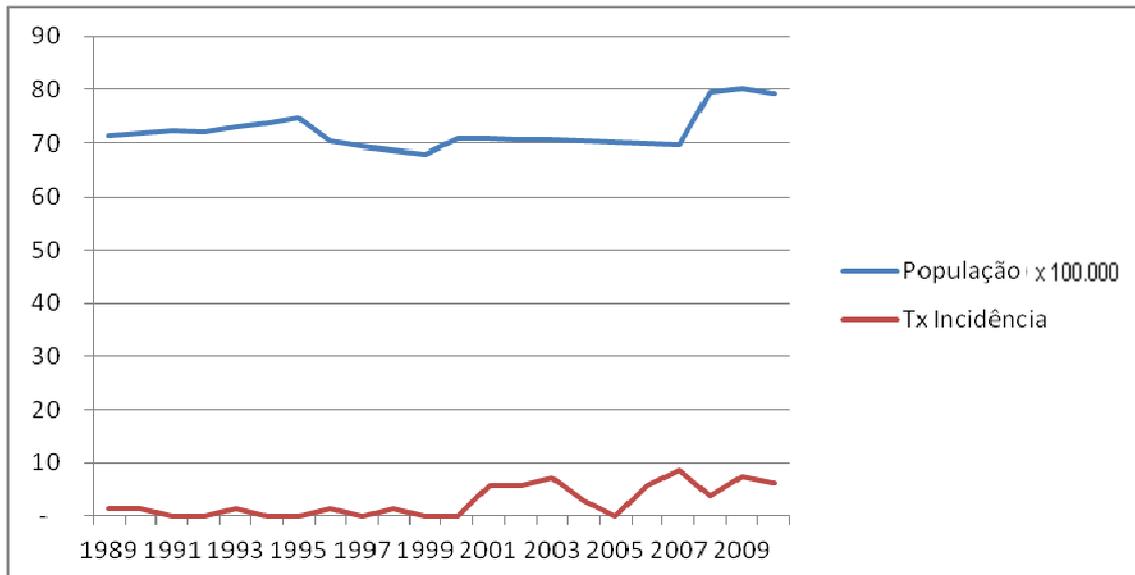


Gráfico 1: População e Taxas de incidência de AIDS no município de Serra Talhada, Pernambuco de 1989 a 2009.

Atualmente, existem em Pernambuco 18 Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE), dos quais 10 estão localizados na I Gerência Regional de Saúde (Geres), na região metropolitana do Recife, sendo oito em Recife, um em Olinda e outro em Jaboatão dos Guararapes. De acordo com o Programa Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) /AIDS, os outros quatro SAEs estão situados: um na IV Geres, na cidade de Caruaru, a 133 km do Recife; um na V Geres, na cidade de Garanhuns, a 234 km da capital; um na VII Geres, na cidade de Salgueiro, localizada a 515 km de Recife; e outro na VIII Geres, em Petrolina, cidade localizada a 721 km da capital (PERNAMBUCO, 2011).

Os casos de infecção pelo HIV/AIDS diagnosticados em Serra Talhada, bem como nos municípios da microrregião do Pajeú, têm seus tratamentos dispensados pelo chamado Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Para tal, o destino mais comum tem sido em direção à cidade do Recife, que dista 440 quilômetros de Serra Talhada, fato que causa, além de constrangimento, significativo desconforto, aumento de custos e dificuldades de acesso às pessoas que convivem com HIV/AIDS.

Sendo Serra Talhada uma cidade-pólo regional em saúde, visando à promoção do acesso das pessoas vivendo com HIV/AIDS, tanto as que habitam no município quanto as da região, convém que o SAE funcione em período integral, ou seja, manhã e tarde. Também se fará necessário ao funcionamento do SAE a

manutenção de articulação com a rede de saúde (municipal, regional e estadual), buscando em caráter complementar a assistência integral à saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Diante desse quadro, objetiva-se, mediante este plano de intervenção, implantar um SAE, em Serra Talhada, estimando-se atender em média 20 pacientes por mês com HIV/AIDS e demais DST's. Esse tipo de serviço, segundo o Ministério da Saúde do Brasil, pode ser definido como uma unidade de assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/AIDS e demais DST's, que possui uma equipe multiprofissional, que presta assistência também farmacêutica e psicológica aos usuários e seus familiares (BRASIL, 2005).

A estrutura básica da equipe que compõe um SAE constitui-se de: médico infectologista para adultos e crianças e/ou clínico treinado em serviços de referência; enfermeiro e técnicos de enfermagem; assistente social; psicólogo; farmacêutico e auxiliares de farmácia; nutricionista. Deve-se primar no que se refere ao espaço físico, por um local que ofereça facilidades aos usuários, tanto no referente ao espaço geográfico quanto à localização do serviço dentro da unidade de saúde, principalmente garantindo-se o acesso de usuários com necessidades especiais. Buscando-se otimizar o funcionamento do SAE, este poderá ser implantado no mesmo espaço físico do Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, respeitando-se o espaço necessário para ambos os serviços.

De acordo com a Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde Gerência de Programas Especiais (2010), o diálogo permanente do SAE com a gestão dos programas de DST/AIDS contribui para otimizar a adequação do planejamento anual às necessidades locais. Este fato permitirá a devida previsão de recursos, bem como, mediante interação com lideranças da sociedade civil, o acesso às informações referentes a grupos de pessoas vivendo com HIV/AIDS ou que pertençam a grupos que vivenciem maior vulnerabilidade, como, por exemplo, HSH, profissionais do sexo e usuário de drogas.

As parcerias com instituições locais (Organização Não Governamental –ONG; Organização Governamental – OG; universidades, setor privado) podem também contribuir para a qualificação dos profissionais dos SAE e produção de conhecimento a partir do desenvolvimento de pesquisas envolvendo esses serviços.

O aproveitamento de estrutura física já existente em Serra Talhada, além de agilizar o processo de implantação do SAE, racionalizará custos. Ademais e

principalmente, a implantação do SAE em Serra Talhada trará uma maior humanização no concernente ao tratamento dispensado às pessoas que vivem com HIV/AIDS, uma vez que, além do aconselhamento e esclarecimento prestados às famílias dos pacientes e a eles próprios, estes não precisarão se deslocar para outros centros de referências em busca de tratamento.

2 JUSTIFICATIVA

Com a implantação do SAE em Serra Talhada, subordinado à Secretaria Municipal de Saúde e ao Programa Estadual de Combate às DST's/AIDS, pretende-se dispor de uma unidade de saúde que viabilize aos portadores de HIV e outras DST qualidade de assistência e maior resolutividade.

Implantando-se o serviço, visa-se, além do tratamento dispensado, promover, aos familiares dessas pessoas, esclarecimento acerca das formas de transmissão da doença. Portanto, serão também realizadas medidas de educação em saúde, visando reduzir a transmissão do HIV na região e o preconceito com as pessoas portadoras HIV/AIDS e outras DSTs.

Também se verificará conforme já mencionado que, além de servir de referência para as quatorze Unidades de Saúde da Família e um Centro de Testagem e Aconselhamento existentes na cidade de Serra Talhada, o SAE promoverá acolhimento aos pacientes soropositivos para HIV e outras DST de municípios circunvizinhos, especialmente da microrregião do Pajeú.

3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

De origem infecciosa, viral a AIDS é a manifestação da imunodeficiência na fase crônica da infecção pelo HIV. Este vírus, por sua vez, é transmissível através de sangue e secreções humanas infectadas, atinge o sistema imunológico deixando-o vulnerável na fase avançada da doença às chamadas infecções oportunistas (GRANDO et al., 2002).

O fenômeno epidemiológico promovido pela infecção pelo HIV e pela AIDS se constitui global, dinâmico e instável, dependendo, no referente à sua forma de ocorrência, dentre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo que, em decorrência das diferenças culturais, não se mostra único no mundo. De sua parte, a AIDS apresenta-se destacada entre as doenças infecciosas emergentes, decorrendo isso da grandeza de danos que promove às suas vítimas. Tão grande é o impacto que promove nas populações que, desde o seu surgimento, cada uma de suas características e repercussões têm sido alvos de reiteradas discussões que perpassam as sociedades e a comunidade científica (BRITO et al., 2000).

O HIV pode ser transmitido por via parenteral, ou seja, por transfusão de sangue, compartilhamento de seringas e agulhas entre usuários de drogas injetáveis, acidentes ocupacionais; e ainda por via sexual e de mãe para o filho de forma vertical. Esta última forma sendo possível tanto por via transplacentária durante a gravidez, como durante o trabalho de parto, no momento do parto e pela amamentação (AMORIM et al., 2009).

A AIDS despontou no cenário mundial em 1981 quando se suspeitou, a partir da detecção de um grupo incomum de doenças manifestadas em homossexuais, em São Francisco, Los Angeles e Nova York, direcionando para a possibilidade de um agente infeccioso transmissível ser a causa primária de tais doenças, que se caracterizavam pela presença de um conjunto de sintomas relacionados à imunodeficiência, característica então denominada de AIDS (CENTER DISEASE FOR CONTROL - CDC, 1980). Desconhecendo-se a etiologia da doença, médicos do "Center Disease for Control (CDC)", no início da década de 1980, definiram-na, enfatizando sua letalidade, criando-se uma lista de doenças indicativas de AIDS. Nesta época, a definição preliminar de um caso de AIDS era: "doença, pelo menos

moderadamente preditiva de defeito da imunidade celular, ocorrendo em pessoa sem causa conhecida para uma resistência diminuída ao sarcoma de Kaposi (SK) e à Pneumocistose” (BRASIL, 2008). Foi também na década de 80 que surgiram termos como “grupo de risco”, hoje em desuso, que designava os supostos susceptíveis à doença: homossexuais masculinos, hemofílicos, heroinômanos¹ (como representantes dos usuários de drogas injetáveis - UDI) e haitianos. Desse modo, a AIDS em seus primeiros momentos de ocorrência, passa a ser vista como sendo uma doença restrita àquilo que se passou a chamar de Grupo dos 4H, ou seja: Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos e Homossexuais masculinos. Trazendo assim, uma visão estigmatizante da doença. Essa postura somente se modificou quando a AIDS passou a gozar do “status” de epidemia, fato que levou os organismos governamentais à tomada de medidas preventivas. A partir de então, foi sendo verificado que não havia restrição quanto à população atingida pela doença e foram surgindo casos também em mulheres, crianças e indivíduos expostos a sangue e hemoderivados (BRASIL, 2008).

Mediante a disseminação da AIDS pelo mundo, intensificaram-se os estudos na busca por identificar o agente etiológico da doença. A princípio, os vírus Citomegalovírus, Epstein-Barr e Hepatite B foram os maiores suspeitos. Não demorou para que os cientistas se dessem conta de que se tratava, de fato, de um vírus novo. De acordo com Fortes (2010), o início da década de 80 foi determinante para o princípio da descoberta do agente etiológico da AIDS. Todavia, foi apenas em 1984, depois que milhares de pessoas já haviam contraído a doença, que o retrovírus, considerado agente etiológico da AIDS, foi descoberto.

Foi em meados de 1985, com a descoberta do agente etiológico da AIDS, o HIV, que tornou-se disponível no mercado um teste sorológico de metodologia imunoenzimática, para seu diagnóstico, que passou a ser utilizado para triagem em bancos de sangue e assim, possibilitou a diminuição do risco de transmissão transfusional deste vírus. (BRASIL, 2008; FORTES, 2010). Entretanto, apenas em 1993, a testagem sorológica passou a ser obrigatória por Lei em bancos de sangue (BRASIL, 2008)

¹ Usuários de heroína.

No Brasil, o primeiro caso de AIDS foi identificado em 1983, após a morte de um indivíduo que manifestou a doença em 1980 e foi a óbito em 1981. Foi a partir da segunda metade dos anos 1980 que a AIDS deixou de ser algo restrito às grandes metrópoles brasileiras, como, por exemplo, Rio de Janeiro e São Paulo, dando início a seu processo de expansão para outras capitais e interiores do país (BRASIL, 2008).

Em 1986, o Governo Federal publicou portaria ministerial criando o Programa Nacional de Combate às DST e AIDS e incluiu, nesse mesmo ano, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) na lista nacional de doenças de notificação compulsória². No biênio 1987/1988 começou a ser estimulada a criação, em nível nacional, de Centros de Orientação e Apoio Sorológico -COAS, buscando-se oferecer gratuita, confidencial e anonimamente a sorologia para detecção de anticorpos característicos da infecção por HIV, além de prover educação e aconselhamento pré e pós teste a indivíduos sob riscos de infecção. Desse modo, além de desviar a demanda por testes nos bancos de sangue, buscava-se a redução dos riscos de transmissão do vírus (BRASIL, 1999).

Em finais da década de 80, mais especificamente a partir de 1989, a estratégia de testagem e aconselhamento passa a ocupar lugar de destaque nos programas de prevenção da AIDS. Dessa forma, verificou-se que foi dada ênfase em disponibilizar, para um maior número de pessoas possíveis, o teste de detecção do HIV. Todavia, mesmo com a massificação da testagem, ainda se verifica significativa resistência por parte de grande número de pessoas, sendo esta resistência observada principalmente entre pessoas em risco de contrair a doença e, principalmente, aquelas já infectadas (BRASIL, 1999).

Com a disseminação da infecção pelo HIV na década de 1990, e o surgimento dos primeiros antirretrovirais, desde 1994, vivencia-se no Brasil a implantação dos Serviços de Assistência Especializada - SAEs. A princípio, fez-se a opção pela forma descentralizada, ou seja, por meio de recursos repassados através do Plano Operativo Anual (POA), pelo Ministério da Saúde, às coordenações locais de DST e AIDS. Desse modo, a necessidade de implantação do serviço era definida pelos coordenadores nacional, estadual e municipal que adquiriam e

² Portaria nº 1 100, de 24 de maio de 1986.

disponibilizavam equipamentos/ veículos às instituições. A política adotada produziu resultados positivos, pois permitiu a descentralização da responsabilidade dessa rede de serviços; e negativos, uma vez que mostrou-se deficiente na instrumentalização de monitoramento físico-financeiro e ausência de prática avaliativa de serviços (SILVA, 2007)

Verificadas as deficiências decorrentes da descentralização, o Ministério da Saúde, em 1997, mediante a aprovação de projetos específicos, as instituições de saúde passa a enviar recursos provenientes do próprio ministério, a fim de responder à significativa demanda assistencial, criando-se, então, o Programa de Alternativas Assistenciais, que se baseava em projetos de implantação de serviços alternativos à assistência convencional. Assim, ambulatorialmente, desenvolveu-se os SAE e, no referente à hospitalização convencional, foram criadas alternativas dos tipos Hospital-Dia (HD) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) (SILVA, 2007).

As ações governamentais relacionadas ao oferecimento de serviços buscando atender às pessoas que vivem com HIV/AIDS revelam a tentativa de humanização no referente aos cuidados da saúde dessas pessoas. Isso se torna visível quando se verifica tanto a oferta de insumos para o tratamento da doença, quanto os chamados fatores humanos da atenção (NEMES, 2001). Para Fortes (2004), humanizar é entender cada pessoa na sua singularidade, como tendo necessidades específicas e assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades de exercer sua vontade de forma autônoma.

Em relação a outros serviços de saúde oferecidos pela rede pública brasileira, são visíveis as vantagens da qualidade do cuidado dispensado às pessoas que vivem com HIV/AIDS, sendo isso revelado, segundo Nemes et al (1999), por fatores como a quantidade de capacitação técnica da equipe, o suprimento de medicamentos, o acesso a exames específicos, o desempenho da equipe e satisfação do usuário.

No referente ao tratamento dispensado, verifica-se que além de viabilizar acesso gratuito a medicamentos específicos, o Governo Brasileiro promove, para atender as necessidades das pessoas vivendo com HIV/AIDS, os chamados Consensos de Terapia (BRASIL, 2004), que buscam disponibilizar o acesso aos novos fármacos e assim facilitar o manejo da doença. Este fato se evidencia mediante a existência de oferecimento de orientações diversas relacionadas à

doença, que garantem um padrão mínimo de qualidade técnica no conjunto dos serviços (OLIVEIRA et al., 2005).

Percebe-se, dessa maneira, por parte do Governo Brasileiro, um atentar para a existência da presença da qualidade na assistência dada às pessoas que convivem com o HIV/AIDS. A ênfase dada à qualidade da assistência nesse aspecto é algo imperativo para que se alcance sucesso nos programas dirigidos ao tratamento de doenças crônicas, como é o caso da AIDS. Ademais, ainda se verifica que, além de causar diminuição da mortalidade provocada, de promover qualidade de vida aos usuários, pode-se, mediante a ênfase dada à condução de tal assistência, contribuir para o controle da doença (MELCHIOR et al., 2006).

Vale ressaltar que a AIDS, por ser um objeto complexo, exige uma construção interdisciplinar para a sua leitura e interpretação. Portanto, requer a participação de distintos saberes, para sua formulação como objeto de conhecimento e intervenção (VILELLA, 2003). No Brasil, a abordagem proposta na Política Nacional da AIDS constitui-se em um exemplo de ação pautada no princípio da integralidade determinado pelo SUS, na medida em que engloba tanto ações de prevenção quanto de assistência. Ao trazer a noção de integralidade, Mattos (2001), expressa a convicção de que cabe ao governo responder a certos problemas de saúde pública e esta resposta deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção como as possibilidades assistenciais. Na visão de Ayres (2009), os princípios da universalidade, equidade e integralidade são mutuamente referentes e, portanto, co-dependentes. Neste sentido, os usuários de serviços especializados como um SAE, são vistos como sujeitos que têm direitos, demandas que devem ser ouvidas, necessidades que devem ser supridas e não devem apenas funcionar como objetos de intervenções governamentais. O êxito da política brasileira frente à AIDS passa pela articulação entre técnicos comprometidos não apenas com a integralidade, como também com a universalidade e acesso igualitário às ações e serviços e ativistas do movimento social organizado (MATTOS, 2003). Desta forma, a assistência interdisciplinar que é preconizada em um SAE, através do trabalho em equipe com troca de saberes entre os profissionais, deve ser executada com a atuação pró-ativa dos usuários, sendo este ponto fundamental para a construção de práticas integrais preconizadas pelos princípios do SUS.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Implantar um Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) no município de Serra Talhada Pernambuco.

4.2 Objetivos Específicos

- Ampliar a área física do centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) a fim de implantar, em anexo o referido SAE.
- Capacitar profissionais para promover atendimento interdisciplinar às pessoas vivendo com HIV/AIDS, e/ ou outras DST que busquem no referido serviço.
- Atender a demanda de pessoas diagnosticadas no CTA do município, de outras cidades da microrregião do Pajeú e de outros municípios que buscarem atendimento no SAE.
- Promover maior adesão ao uso da terapia antirretroviral às pessoas com indicação de tratamento a fim de evitar-se o desenvolvimento de cepas resistentes do HIV.
- Desenvolver ações de educação em saúde para usuários e seus familiares.

5 METAS

- Atender a 100% das pessoas com HIV/AIDS e outras DSTs diagnosticadas no CTA de Serra Talhada e 80% daquelas diagnosticadas nas cidades vizinhas.
- Manter os pacientes em terapia antirretroviral acompanhados no referido SAE com boa adesão (<2% de não-adesão)
- Reduzir as taxas de transmissão sexual e parenteral do HIV, bem como reduzir taxas de reinfecção dos indivíduos já infectados.
- Reduzir a transmissão vertical do HIV para menos de 2% conforme atingido utilizando-se o protocolo recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil.

6 DIRETRIZES/ VIABILIDADE

O projeto de implantação do SAE tem o apoio político- operacional da Secretaria Municipal de Saúde de Serra Talhada, ficando subordinado à referida Secretaria. Do Programa Estadual de Combate às DSTS / AIDS, e para isso foi disponibilizado um espaço amplo, acolhedor devidamente estruturado dentro da unidade do CTA. Será de responsabilidade da Coordenação Estadual de DST/AIDS a capacitação dos profissionais de saúde que irão atuar no serviço para realizarem os atendimentos de acordo com as normas e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde/ Departamento de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais bem como garantir a eficácia do serviço e efetividade do atendimento.

7 ESTRATÉGIAS

- Foram realizadas reuniões com o Chefe do Executivo Municipal, com o Secretário Municipal de Saúde e com a Coordenadora Municipal de DST/AIDS, buscando-se, mediante a exposição de dados epidemiológicos, conscientizá-los da importância e da necessidade de um Serviço de Assistência Especializada para portadores de DST/AIDS e outras DST em Serra Talhada;
- O SAE contará com uma equipe multidisciplinar, que deverá cumprir jornada de trabalho de 40 horas semanais. Os profissionais integrados serão: médico infectologista ou clínico treinado, enfermeiro, assistente social, psicólogo, farmacêutico, biomédico, coordenador, técnico de enfermagem, auxiliar administrativo e Auxiliar serviços gerais; Após a capacitação inicial serão supervisionados em serviços de educação continuada para prestarem assistência de acordo com a especificidade da doença e do usuário em atendimento.
- Serão realizadas capacitações dessa equipe multiprofissional, visando sensibilizá-los e capacitá-los para o acolhimento e acompanhamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS e outras DSTs.
- Os profissionais do SAE poderão ser contratados pelo município ou serem requisitados do quadro funcional. Será necessário verificar o perfil do profissional, ou seja, se ele se identifica com a realidade conforme se apresenta ou, se há algum conflito que o impeça de atuar nessa equipe especificamente. O mais importante é que o profissional se sinta parte do processo de planejamento, operacionalização, monitoramento e avaliação sistemática do desempenho da equipe.
- A exceção do técnico de enfermagem, dos auxiliares de serviços gerais e do auxiliar administrativo, os profissionais de nível superior lotados no SAE

terão a função de realizar atendimento especializado aos portadores de DST/HIV/AIDS/ e seus familiares, também, de atuar em atividades educativas afins, além de adequar ou facilitar a referência e contra-referência a outras especialidades médicas, como: oftalmologia, dermatologia, ginecologia/obstetrícia, psiquiatra, urologia entre outras.

8 PLANO OPERATIVO

8.1 Período de implantação do SAE

- Janeiro a outubro de 2011

8.2 População de referência

- Adultos, residentes no município de Serra Talhada, provenientes dos municípios da microrregião do Pajeú e de outros municípios vizinhos, que tenham sido diagnosticados como infectados pelo HIV, e/ou outras DSTS.

8.3 Seleção do serviço/área para o SAE

- Área anexa ao Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, Secretaria Municipal de Saúde de Serra Talhada, situado na Rua: Manoel Pereira Lins, 438 N^a Sr^a da Penha.

8.4 Espaço/ Planta Física

As instalações do SAE serão compostas da maneira que segue:

- Recepção;
- Sala de Acolhimento e de grupos de adesão;
- Consultório a para atendimento psicológico;
- Consultório médico (totalmente equipado);
- Sala de serviço Social;
- Unidade Dispensadora de medicamentos (farmácia);
- Laboratório próprio dentro do serviço;
- Sala equipada para atendimento de portadores que necessitem de tratamento “Hospital dia”.

9 RESULTADOS ESPERADOS:

Espera-se, com a execução deste projeto que seja possível:

- Promover a redução da transmissão vertical e horizontal do HIV e outras DSTs.
- Prevenir entre os indivíduos infectados pelo HIV a re-infecção por novas cepas do vírus.
- Diminuir a incidência e prevalência da infecção pelo HIV e AIDS no município de Serra Talhada e região circunvizinha.
- Diminuir custos com TDF de pacientes do município de Serra Talhada.
- Proporcionar, com orientação e educação da população, redução no preconceito e no estigma da pessoa vivendo com HIV/AIDS.

10 CRONOGRAMA**ANO 2011/MESES**

| ATIVIDADES | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ag | Set | Out |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|
| Elaboração do pré projeto de implantação do SAE | X | X | X | X | | | | | | |
| CONTATO COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERRA TALHADA ESTADUAL DE SAÚDE | | | X | X | | | | | | |
| APRESENTAÇÃO DO PROJETO AOS GESTORES MUNICIPAIS | | | X | X | X | | | | | |
| ELABORAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO | | | X | X | X | | | | | |
| APROVAÇÃO DO PROJETO | | | | | X | | | | | |
| IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA | | | | | | X | X | X | | |
| FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DA EQUIPE | | | | | | | X | X | | |
| IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO NO MUNICÍPIO | | | | | | | | | X | X |
| INAUGURAÇÃO E FUNCIONAMENTO | | | | | | | | | | X |

Fonte: Autora, 2011

11 ORÇAMENTO

| RECURSOS HUMANOS | SALÁRIO/MÊS |
|-------------------------|--------------------|
| ENFERMEIRO | 2.100,00 |
| TÉCNICO DE ENFERMAGEM | 540,00 |
| COORDENADOR | 2.500,00 |
| AUXILIAR ADMINISTRATIVO | 540,00 |
| MÉDICO | 4.000,00 |
| ASSITENTE SOCIAL | 1.700,00 |
| BIOMEDICO | 1.700,00 |
| FARMACEUTICO | 1.700,00 |
| PSICÓLOGO | 1.700,00 |
| TOTAL/MÊS | 16. 480, 00 |

Fonte: Autora, 2011

| RECURSOS MATERIAIS | VALORES UNITÁRIOS | TOTAL |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------|
| 01BALANÇA | 700,00 | 700,00 |
| 01 TENSIOMETRO | 400,00 | 400,00 |
| 01 MACA | 300,00 | 300,00 |
| 04 BIRÔ | 200,00 | 800,00 |
| 20 CADEIRAS | 80,00 | 1.600 |
| 02 ARMÁRIOS PARA MEDICAÇÃO | 600,00 | 1.200 |
| MATERIAIS GRÁFICOS E DE PAPELARIA | 1.000,00 | 1.000 |
| TOTAL | 6.000 | 6.000 |

Fonte: Autora, 2011

Fonte de Financiamento

- PLANO DE AÇÕES E METAS (PAM)
- FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERRA TALHADA-PE

REFERÊNCIAS

- AMORIM, J. et al. **Prevalência das doenças estomatológicas em pacientes HIV positivos**. Odontologia Clínico-Científico. Recife. 2009. Disponível em: <<http://www.cro-e.org.br/revista/v8n2/7.pdf>> Acesso em: 23 ago. 2011.
- AYRES, J. **Organização das ações de atenção à saúde**: modelos e práticas. Saúde e Sociedade. São Paulo. v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009.
- BASTOS, F; TELLES, P; CASTILHO, E; BARCELLOS, C. **A epidemia de AIDS no Brasil**. In: MINAYO, M. Os muitos brasis: saúde e população na década de 80, São Paulo: Editora Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento e DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Ano VII – n. 1 - 1ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2010. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 26 ago. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O Movimento Homossexual e a AIDS**. Brasília. 2008. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 23 ago. 2011.
- Diretrizes dos Centros de Testagens e Aconselhamento – **CTA**: Manual. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília. 1999. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes>>. Acesso em: 23 ago. 2011.
- BRITO, A; CASTILHO, E; SZWARCOWALD, C. **AIDS e Infecção Pelo HIV no Brasil**: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade de Medicina Tropical. São Paulo. 2000.
- FORTES, M. **Histórico da AIDS**: uma história de lutas, decepções, guerra de vaidades e coragem. 2010. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br>>. Acesso em: 20 ago. 2011.
- GRANDO, L; YURGEL, L; MACHADO, D; SILVA, C; MENEZES, M; PICOLLI C. **Manifestações Estomatológicas, Contagem de Linfócitos T-CD4+ e Carga Viral**

de Crianças Brasileiras e Norte-Americanas Infectadas pelo HIV. Pesquisa Odontológica Brasileira. São Paulo. 2002.

MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade:** algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS. p. 39-64, 2001.

MATTOS, R. A. **Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde.** In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Org.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ. p. 45-59, 2003.

MELCHIOR, R; NEMES, M; BASSO, C; CASTANHEIRA, E; ALVES, M; BUCHALLA, C; DONINI, A. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. São Paulo. **Revista Saúde Pública.** 2006. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 21 ago. 2011.

NEMES, M. **Avaliação da aderência ao tratamento por antirretrovirais de usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à Aids no estado de São Paulo:** visão geral dos resultados da pesquisa. Prática Hospitalar, v.1, n.6, p. 15-17. 1999.

NEMES, M. **Avaliação em saúde:** questões para o Programa de DST/Aids no Brasil. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), Rio de Janeiro. 2001.

OLIVEIRA, L; LANDRONI, M; SILVA, N; AYRES, J. **Humanização e Cuidado:** a experiência de uma equipe de um serviço DST/Aids no município de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva. 2005.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Relação dos serviços de assistência especializada:** SAE de Pernambuco. Recife, 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERRA TALHADA – SMST. 2009. SILVA, Carla G. S. Serviço de Assistência Especializada (SAE): Uma Experiência Profissional. In: **Psicologia, Ciência e Profissão.** São Paulo. 2007. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v27n1/v27n1a13.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2011.

VILELLA, W. A Aids como objeto complexo e desafiador, e a exigência de construção de um campo de saber interdisciplinar. In: RAXACH, J. (Org.). **Reflexões**

sobre assistência à Aids: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade. Rio de Janeiro: ABIA, p. 26-30, 2003.