

DULCE AURÉLIA DE SOUZA FERRAZ

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES
DE PREVENÇÃO DAS DST/AIDS NUMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências.**

**Área de concentração: Medicina
Preventiva**

**Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Ines
Battistella Nemes**

São Paulo

2008

*Eu não tenho enredo de vida? Sou inopinadamente fragmentária.
Sou aos poucos. Minha história é viver.
(Clarice Lispector – Água Viva)*

RESUMO

A implantação de ações voltadas à prevenção das DST/aids em serviços de atenção primária à saúde (APS) é uma estratégia proposta no Brasil e internacionalmente desde os anos 1990. Por ser considerada uma estratégia sustentável de ampliação da cobertura e do acesso, está entre as prioridades do Ministério da Saúde. O presente estudo avalia a implantação destas ações em uma unidade de atenção primária organizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), na região metropolitana de São Paulo. Assume como pressuposto que a possibilidade desta implantação será tanto maior em unidades de APS cuja organização tecnológica esteja orientada pela noção de integralidade. Trata-se de pesquisa avaliativa, realizada por estudo de caso em profundidade, utilizando entrevistas semi-estruturadas e observação direta das atividades da USF. Os resultados indicam que o perfil tecnológico da USF não difere significativamente dos tradicionais serviços de APS. O cuidado médico individual centraliza e determina o trabalho, reduzindo-se a prevenção, basicamente, à reiteração de orientações prescritivas, à semelhança do modelo da educação sanitária. Orientações específicas para a prevenção das DST/aids são realizadas em algumas das ações previamente existentes na USF; a única ação especificamente implantada com essa finalidade é a testagem para HIV, sífilis e hepatites. Os achados indicam que as características tecnológicas dominantes limitam o potencial de concretização da atenção integral, prejudicando particularmente as atividades preventivas que se realizam prioritariamente pelo diálogo e que demandam abordagens singulares. Contudo, a realização de algumas ações de prevenção das DST/aids, bem como sua valorização no plano discursivo, indicam potencialidades de integração. O processo de implantação dessas ações, ao proporcionar a entrada de questões complexas e de novos valores no cotidiano destes serviços, tem o potencial de tensionar o modelo predominante, contribuindo para a concretização de novos e melhores arranjos tecnológicos direcionados à consecução da integralidade. Considera-se que os desafios para a objetivação dos valores que orientam o plano ético-normativo da resposta brasileira à aids nas práticas de prevenção requer maiores investimentos dos órgãos gestores na definição tecnológica dessas ações e no processo de implantação.

Palavras-chave: aids; prevenção das DST/aids; atenção primária à saúde; avaliação em saúde; processo de trabalho em saúde.

ABSTRACT

The implementation of STD/AIDS prevention activities into primary health care (PHC) facilities is proposed in Brazil and internationally since the 1990s. Understood as a sustainable strategy to amplify the coverage and access of such activities, it's among the priorities of the Brazilian Ministry of Health. This study evaluates the implementation of STD/AIDS prevention activities into one primary health care (PHC) facility organized by the Family Health Strategy, located at the São Paulo's metropolitan region. It assumes that the potential of such implementation will be higher in PHC facilities oriented towards comprehensive care. It's an evaluative research, through an in depth case study, using semi-structured interviews and direct observation of the activities of USF. Results show that the FHC technology organization doesn't differ significantly from the traditional Brazilian PHC facilities. Individualizing medical care determines the work organization and prevention is limited, basically, to standardized orientations, as in the sanitary education model. Specific STD/AIDS prevention orientations are delivered in some of the FHC preexisting activities; the activity specifically implemented for STD/AIDS prevention is the testing for HIV, syphilis and hepatitis B and C. The findings indicate that the dominant technological characteristics limit the potential for comprehensive care, particularly damaging the preventive activities done through dialogue and that require singular approaches. However, the execution of some actions to prevent STD/AIDS, as well as its recovery plan in a discursive manner, indicates potential for integration. The implementation process may introduce in the daily work of these facilities some complex questions and new values and, therefore, it may tension the predominant health care model, contributing to the building of new and better technological models oriented towards comprehensive health care. We consider that the challenges to concretize, in the prevention activities, the values that orientate the ethical and normative plan of the Brazilian response demand a bigger investment on the technological definition of these activities, as well as in their implementation process.

Key-words: AIDS; HIV/STD prevention; primary health care; health evaluation; health work process.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitária de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

NAPSad – Núcleo de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

PM DST/Aids - Programa Municipal de DST e Aids

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PN DST/Aids – Programa Nacional de DST e Aids

SF - Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO E AGRADECIMENTOS.....	08
INTRODUÇÃO.....	13
A RESPOSTA BRASILEIRA À AIDS EM TRÊS DÉCADAS DE EPIDEMIA.....	17
i. Fundamentos ético-políticos da resposta brasileira.....	18
ii. Caminhos da política de prevenção.....	21
iii. Desafios da prática.....	25
A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	31
i. A Atenção Primária à Saúde (APS).....	32
ii. A Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de organização da APS.....	35
INTEGRALIDADE E TRABALHO EM SAÚDE: relações entre organização tecnológica do trabalho e prevenção das DST/aids no contexto da atenção primária.....	40
OBJETIVOS.....	48
i. Objetivo geral.....	49
ii. Objetivos específicos.....	49
MÉTODOS.....	50
i. Tipo de estudo.....	51
ii. Abordagem do objeto.....	51
iii. Seleção do local de estudo.....	54
iv. Instrumentos e técnicas de coleta de dados.....	55
v. Processamento e análise dos dados.....	57
vi. Considerações Éticas.....	58
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	60

i. As ações do Programa Municipal de DST e Aids com a Atenção Primária.....	61
ii. O perfil tecnológico da Unidade de Saúde da Família (USF).....	64
Características gerais da USF.....	64
Componentes do trabalho da USF.....	80
Gerência e articulação do trabalho em equipe.....	113
iii. Ações de prevenção das DST/aids.....	121
Características gerais.....	121
Componentes do trabalho da USF que incorporam prevenção das DST/aids.....	128
Componentes do trabalho da USF especificamente voltados para a prevenção das DST/aids	150
 CONCLUSÕES.....	 160
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 171
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 176
 ANEXOS.....	 185
i. Roteiro de entrevista com coordenador municipal de DST/aids.....	186
ii. Roteiro de entrevista com gerente da Unidade de Saúde da Família.....	187
iii. Roteiro de entrevista com profissionais da USF envolvidos atividades de prevenção das DST/aids.....	190
iv. Roteiro de observação da unidade de saúde da família.....	192
v. Quadro de Análise do Perfil Tecnológico da USF: Recepção.....	197
vi. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissional de Saúde.....	201
vii. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Coordenador DST/Aids.....	203
viii. Declaração da Coordenação Municipal de DST/Aids.....	205
ix. Declaração da Gerência da USF.....	206
x. Devolutiva dos resultados.....	207
xi. Relatório de reunião devolutiva.....	221
xi. Artigo aprovado para publicação.....	228

APRESENTAÇÃO E AGRADECIMENTOS

A vida inventa! A gente principia as coisas no não saber por que, e desde aí perde o poder de continuação – porque a vida é mutirão de todos, por todos remexida e temperada.

(João Guimarães Rosa – Grande Sertão: Veredas)

Este estudo pode ser sinteticamente apresentado como uma pesquisa avaliativa que toma o processo de trabalho em saúde como categoria central para avaliar a implantação de ações de prevenção das DST/aids numa unidade de saúde da família.

O interesse e a curiosidade que me moveram em cada etapa do prazeroso e laborioso caminho percorrido para realizá-lo têm suas raízes em minha trajetória de militância no campo da aids e da saúde coletiva, que me tem colocado cotidianamente frente a frente com uma série de desafios.

Minha aproximação profissional com a aids se deu ao longo da graduação em psicologia, inicialmente pelo trabalho voluntário num projeto de prevenção voltado para meninas adolescentes que sofriam exploração sexual e, mais intensamente, quando me agreguei à equipe do NEPS (Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as Sexualidades) para desenvolver um trabalho de pesquisa e intervenção com mulheres de uma comunidade. As leituras, as discussões nos grupos de estudo e as histórias que aquelas mulheres compartilharam conosco nas oficinas e nos grupos focais me despertaram, pouco a pouco, para a multiplicidade de sentidos da sexualidade e para a complexidade da “tarefa” da prevenção.

Recém-formada, um concurso público me trouxe a inesperada e bem-vinda oportunidade de trabalhar no Programa Nacional de DST e Aids e me apresentou aos desafios da gestão federal. Como parte de uma equipe altamente comprometida com a saúde coletiva e os direitos humanos, comecei a conhecer as realidades tão diversas do país e a me questionar sobre o aparentemente tortuoso caminho entre a formulação de políticas e a concretude das práticas de prevenção em contextos tão distintos entre si.

Foi durante a experiência de trabalhos simultâneos no Programa Estadual de DST e Aids e no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que a oportunidade de realização deste estudo surgiu. A transformação do questionamento curioso sobre a transição da política à prática numa proposta de estudo veio com a

participação como bolsista no XII Programa Interinstitucional de Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva. Sob orientação de competentíssimas pesquisadoras, o projeto preliminar de investigação pôde ser aprimorado e acompanhado durante toda sua realização, passando por bancas de qualificação extremamente enriquecedoras. Dentre as contribuições do Programa, imensuráveis em sua totalidade, destaca-se a oportunidade de publicação de um artigo científico em suplemento especial dos Cadernos de Saúde Pública, a ser lançado em 2009.

Complementarmente, o contato com a Equipe QualiAids, experiente no desenvolvimento de avaliações dos serviços de saúde, e o ingresso neste Programa de Pós-Graduação, permitiram-me a incorporação de outros referenciais teóricos necessários à consecução deste trabalho.

Certo é que todas as etapas desta trajetória e da dissertação que ora se apresenta somente puderam ser cumpridas com a imensa contribuição de muitos companheiros – *porque a vida é mutirão de todos* -, a quem quero agora prestar meus mais afetuosos agradecimentos:

À querida orientadora e amiga Maria Ines Battistella Nemes, que tão generosamente compartilhou comigo todo seu conhecimento sobre saúde coletiva e vida;

Ao meu companheiro Draurio Barreira, pela cumplicidade, solidariedade e serenidade, que resultaram em imensuráveis paciência e carinho durante todo o processo de realização deste estudo, e pela crítica inteligente que sempre me faz querer ir além;

À Professora Doutora Regina Barbosa, pela cuidadosa orientação nas primeiras etapas deste trabalho e pela solidariedade nas mudanças que se fizeram necessárias ao longo de sua realização;

Às Professoras Doutoras Ana Flávia D'Oliveira, Elen Castanheira e Vera Paiva, pela cuidadosa avaliação e pelas inestimáveis contribuições com que nos brindaram na agradabilíssima banca de qualificação que nos proporcionaram;

Às amigas e às orientadoras do XII Curso de Formação em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, especialmente às Professoras Doutoras Lilia Blima Schraiber, Maria Inês Dourado, Tânia Lago e Estela Aquino, pelas consistentes orientações nas bancas;

Aos amigos do Programa Nacional de DST e Aids, com quem compartilho cotidianamente o desafio da construção contínua e democrática de uma política de saúde, principalmente à equipe da Unidade de Prevenção, pela generosidade e pelo trabalho crítico cotidiano que muito me enriquece. Com especial estima, quero agradecer à amiga Denise Serafim, que confiou no meu trabalho e me abriu as possibilidades de pensar a prevenção da aids no SUS, e aos chefes-amigos Ivo Brito e Ângela Donini, pelo brilhantismo com que tenho o privilégio de conviver e pelo incentivo à realização deste trabalho;

Aos amigos do Instituto de Saúde, pelos ensinamentos sobre pesquisa e pelas oportunidades de trabalho conjunto derivadas de minha breve passagem pela instituição;

À equipe do Programa Estadual de DST e Aids de São Paulo, pelas contribuições nas etapas de formulação e de seleção do local de estudo e pelos muitos trabalhos que desenvolvemos conjuntamente desde então;

À equipe do Programa Municipal de DST e Aids estudado, pelo compromisso com que apoiou e participou deste estudo;

À equipe de saúde da família, pela acolhida durante os três meses de trabalho de campo, pela generosidade durante as observações e as entrevistas e pela grandeza e crítica com que me receberam na reunião e devolutiva;

A todos os usuários que consentiram a minha presença nas observações;

Ao César Inoue, pela ajuda no trabalho de campo;

À equipe Qualiaids, pela amizade, pelo aprendizado conjunto e pela rica contribuição teórica contida nas teses já defendidas;

Ao amigo Alexandre Grangeiro, pelas muitas contribuições a este estudo, pelo apoio como “chefe” durante a realização do trabalho de campo, pelas oportunidades de trabalho conjunto e, sobretudo, pela sempre calorosa acolhida;

Às amigas Verônica Machado e Tatianna Alencar, pelas contribuições teóricas, pela solidariedade ao longo do trabalho de campo e pelo enorme companheirismo;

À amiga Karina Wolffenbüttel, pelas trocas de referências bibliográficas, de reflexões teóricas e de afeto ao longo deste e de tantos outros trabalhos conjuntos;

Aos professores Wiliam Siqueira Peres e Fernando Teixeira e a todos os amigos do NEPS, com quem comecei a aprender as complexas relações entre aids, prevenção, sexualidade, direitos e cidadania;

Aos meus pais, Oraci e Raymundo, pelo apoio que sempre deram aos meus estudos e, sobretudo, pelo amor e pelos valores que me ensinaram e que, hoje, certamente estão na base do meu trabalho;

Às minhas irmãs Aneliza e Angélica, ao meu cunhado-irmão Rogério e aos meus sobrinhos Maíra, José Victor, Rafael, Lara e Léo, pelo apoio ao longo de tantos anos, pelo amor e pela compreensão nas minhas ausências;

A todos os amigos com quem compartilho minha vida.

INTRODUÇÃO

Os bons resultados da resposta brasileira à epidemia de aids têm sido internacionalmente reconhecidos. Assumida pelo Programa Nacional de DST e Aids (PN DST/Aids) como “uma luta pela dignidade, pela cidadania e pela garantia de acesso à prevenção e ao tratamento” (BRASIL, 2004a), seus principais pilares são a integração entre as ações de prevenção, assistência e promoção dos direitos humanos e a atuação conjunta entre governo e organizações da sociedade civil.

Nos primeiros anos da epidemia, as ações de prevenção foram executadas principalmente pela sociedade civil organizada, que ainda hoje é responsável por parte importante do trabalho neste campo. Entretanto, a partir dos anos 1990, as mudanças nos padrões epidemiológicos, a aproximação do movimento feminista da temática da aids no Brasil e no mundo e a necessidade de ampliação da cobertura das ações de prevenção das DST/aids fizeram com que o debate sobre a atribuição dos serviços de atenção primária em relação a essas ações ocupasse importante lugar na política nacional de controle desses agravos.

No Brasil, a atenção primária à saúde (APS), além de ser definida como primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, é considerada estratégica para a reorganização do sistema e a reorientação do modelo assistencial, tradicionalmente centrado nas atividades curativas e na atenção médica individualizada. Preconiza-se que os serviços de APS possam assumir como prioritárias as ações preventivas e de promoção da saúde, considerando as necessidades da comunidade a que atendem. Para tanto, o Ministério da Saúde adota, desde 1994, a Estratégia de Saúde da Família como modelo de organização da atenção primária.

Neste contexto, em que pese a aparente simplicidade da proposta de integração de ações de prevenção das DST/aids aos serviços de APS, entende-se que, como na implantação de quaisquer outras políticas, tal incorporação representa um processo social complexo, que será condicionado, entre outros fatores contextuais, pelo perfil tecnológico dos serviços de atenção primária, sendo que maior potencial de efetiva implantação deverá ocorrer em serviços orientados pelo valor da integralidade.

Partindo destes pressupostos, este trabalho avalia a implantação de ações de prevenção das DST/aids em uma Unidade de Saúde da Família (USF), buscando apreender

o potencial e as limitações deste processo por meio de um estudo de caso realizado em 2006 num município na região metropolitana de São Paulo.

O estudo orienta-se teoricamente pelo quadro conceitual de análise do processo de trabalho em saúde desenvolvido na década de 1980 por Mendes-Gonçalves (1994) que sustentou análises, proposições (SCHRAIBER, 1993; SCHRAIBER, NEMES E MENDES-GONÇALVES, 2000) e metodologias avaliativas focadas na atenção primária à saúde (NEMES, 1995) e, posteriormente, na atenção às DST/aids (CASTANHEIRA, 2002; BRITTO E ALVES, 2003; NEMES E COLS, 2004).

O trabalho está apresentado em oito partes. A primeira trata das principais características da resposta brasileira à aids, de modo a demarcar os fundamentos ético-políticos que a sustentam e o contexto de sua emergência. Em seguida, são apresentadas as modificações observadas na política de prevenção durante o período, relacionando-as com as transformações do perfil epidemiológico da aids e os avanços no campo teórico e político sobre os determinantes da epidemia, chegando até o momento de maior aproximação do Programa Nacional de DST e Aids com os serviços de atenção primária à saúde (APS).

A segunda parte é dedicada à discussão sobre atenção primária à saúde, inicialmente, discutindo a emergência deste conceito, suas diferentes interpretações e como elas convergem para a concepção vigente no Brasil, seguida de uma breve exposição da atual política nacional de APS. Por ser a estratégia de organização preconizada pelo Ministério da Saúde, maior destaque é dado à Saúde da Família e seus fundamentos.

A parte três explicita os referenciais teóricos adotados, revisa a noção de integralidade e define o objeto de estudo. Em seguida são apresentados os objetivos e os métodos empregados na investigação.

A sexta parte apresenta e discute os resultados do estudo empírico e está organizada em três tópicos:

1. Descrição do processo de atuação do Programa Municipal de DST/Aids selecionado para estudo junto à rede de atenção primária local, com vistas a explicitar o contexto em que se desenvolvem as atividades da USF estudada.
2. Descrição e análise do perfil tecnológico da unidade, considerando: (1) características gerais da USF: localização, estrutura física, atividades, equipe,

clientela, principais demandas e concepções da equipe sobre o trabalho; (2) componentes do trabalho identificados como mais relevantes na definição do perfil tecnológico da USF, apresentados com base em seu fluxograma; (3) gerência e articulação do trabalho em equipe.

3. Descrição e análise dos resultados referentes aos componentes do trabalho da USF que incorporam a prevenção das DST/aids, subdivididos em: características gerais; ações que foram implantadas nas USF especificamente com a finalidade de prevenção das DST/aids; e ações previamente existentes que incorporaram esta finalidade.

Na parte sete são apresentadas as conclusões, considerando os limites e as possíveis contribuições deste estudo. Concluindo o trabalho, a parte nove traz considerações finais sobre o objeto de estudo e os desafios atuais da política brasileira de controle das DST/aids.

As referências bibliográficas e os anexos contendo instrumentos de coleta e análise de dados, termos de consentimento, material produzido para a devolutiva dos resultados na unidade de saúde e o artigo científico aprovado para publicação compõem as páginas finais do trabalho.

**A RESPOSTA BRASILEIRA À
AIDS EM TRÊS DÉCADAS
DE EPIDEMIA**

I. FUNDAMENTOS ÉTICO-POLÍTICOS DA RESPOSTA BRASILEIRA

A estruturação da resposta brasileira à epidemia de aids iniciou-se em 1983, ano seguinte à confirmação do primeiro caso da doença no país. Sob forte pressão dos grupos mais afetados pela epidemia, que demandavam da população e do Estado o respeito aos seus direitos, o primeiro programa oficial de controle da doença foi implantado no Estado de São Paulo. Três anos depois, em 1986, foi implantada no âmbito da Divisão Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde a primeira configuração do que viria a se constituir no atual Programa Nacional de DST e Aids (BERKMAN E COLS, 2005; GALVÃO 2000).

Nos anos 1980, o Brasil vivia um momento de intensa mobilização social pela redemocratização do país. Diversos movimentos sociais agregaram-se em torno do ideal de recuperação da cidadania e dos direitos civis que estava no âmago do processo de reestruturação nacional (PARKER, 2002). A luta por um sistema público de saúde comandado pelo Estado que garantisse a saúde como um direito humano fundamental, liderada pelo Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, compunha esse cenário.

Ao mesmo tempo, o surgimento dos primeiros casos de aids concentrados em segmentos populacionais historicamente discriminados, como homossexuais e usuários de drogas injetáveis, favorecia a construção da aids no imaginário coletivo como uma doença restrita a grupos cujos comportamentos eram tidos como “desviantes” ou “moralmente condenáveis”. Diante da ameaça representada pela epidemia, instalava-se na sociedade uma reação de pânico moral (GALVÃO, 2000), objetivada em processos de estigmatização e discriminação das pessoas infectadas pelo HIV e dos então chamados “grupos de risco”.

Entretanto, como destaca Bastos (2006), as ameaças à integridade humana – e esse é o caso das epidemias - fazem aflorar o que há de melhor e pior em cada um de nós. Assim, se por um lado o pânico moral foi responsável por graves violações dos direitos humanos, por outro foi também ele o propulsor da forte mobilização da sociedade e do governo em prol da construção de resposta aos desafios trazidos pela aids (GALVÃO, 2000). Construída por lideranças do movimento contra a ditadura militar, profissionais de saúde e ativistas comprometidos com os direitos humanos e com a saúde pública, a resposta brasileira à aids foi amplamente beneficiada pelos ideais que sustentavam a luta pela

redemocratização do país e pela reforma do setor saúde (BASTOS, 2006; PAIVA E COLS, 2006; GALVÃO, 2005; PARKER, 2002; PAIVA, 2002; GALVÃO, 2000). Esse processo de construção favoreceu não somente o estabelecimento da parceria entre governo e sociedade civil organizada, mas principalmente a assunção do referencial dos direitos humanos e das noções de cidadania e solidariedade como valores fundamentais da resposta brasileira. Tratando-se de uma doença envolta por enorme carga de preconceito, a assunção de tais princípios significou dar ao enfretamento do estigma e da discriminação e à promoção do respeito à diversidade sexual, à vivência da sexualidade e ao uso de drogas um lugar central na agenda das políticas públicas de controle da epidemia.

Resultados concretos da adoção desses princípios podem ser observados no posicionamento político do Programa Nacional de DST e Aids frente a questões extremamente polêmicas em âmbito internacional. Talvez o mais emblemático deles tenha sido a oposição, quando do surgimento da terapia anti-retroviral potente, às recomendações internacionais de que os países em desenvolvimento investissem exclusivamente na prevenção. A existência de um sistema de saúde relativamente forte no país, cujos princípios orientadores davam as bases para a operacionalização da saúde como direito humano fundamental, permitiram que o Brasil optasse pela articulação das ações de prevenção e assistência, tornando-se o primeiro país em desenvolvimento a assegurar a todas as pessoas vivendo com HIV o direito ao tratamento no sistema público de saúde (CASTANHEIRA, 2002; BERKMAN E COLS, 2005; BASTOS, 2006).

Também esses princípios permitiram a criação de estratégias de cuidado inovadoras no campo da atenção às pessoas afetadas pela doença ou vulneráveis à infecção, como: a possibilidade de realização, no sistema público de saúde, da sorologia anti-HIV de forma anônima, com vistas a proteger os usuários do risco da discriminação; a legitimação do direito das pessoas infectadas ao sigilo sobre sua soropositividade; o estabelecimento da oferta do aconselhamento como parte do processo de diagnóstico da infecção, garantindo a todos os usuários o acesso à informação e ao apoio emocional de que necessitassem; a adoção da abordagem da redução de danos como tecnologia de cuidado para os usuários de drogas; e a recusa à adoção de políticas de prevenção do HIV pautadas por valores morais que ferissem o direito de exercício da sexualidade, como a promoção da abstinência ou da monogamia.

A partir dos anos 1990, a compreensão sobre a epidemia foi re-significada, sobretudo no Brasil (PAIVA, 2008), pelo desenvolvimento da noção de vulnerabilidade, pioneiramente apresentado ao mundo por Mann e cols (1993).

Originária dos direitos humanos, a noção permitiu a ampliação do entendimento acerca da dinâmica da aids e dos fatores que potencialmente levariam as pessoas a se infectarem, rompendo com o reducionismo do enfoque exclusivo nas dimensões biológicas e individuais do HIV, ao demonstrar que fatores sociais, culturais e políticos, geradores de desigualdades e de exclusão social, estavam na base da suscetibilidade à infecção pelo vírus. Trouxe, assim, à tona o limite da abordagem de risco que, baseada no raciocínio probabilístico de um indivíduo se infectar, levava à construção de modelos preventivos baseados exclusivamente na cognição e na responsabilidade individual pela exposição ou pela proteção. Evidenciou que a tão desejada mudança de comportamento não se resumia a escolhas estritamente racionais, mas dependia das efetivas condições morais, econômicas, culturais, sociais e emocionais de que cada indivíduo ou grupo dispunha para mudar (AYRES, 2002), sendo, necessárias, portanto, estratégias de alcance social e estrutural para o adequado enfrentamento da epidemia (BARBOSA, 2003).

No Brasil, a noção forneceu, ainda, como contribuição, um embasamento teórico e filosófico para o conjunto de atitudes éticas que estruturaram a resposta brasileira (AYRES E COLS, 2003), ao mesmo tempo em que tensionou as práticas de prevenção para o desenvolvimento de novas abordagens.

A partir desta referência e da experiência latino-americana da educação popular, o Brasil passou a assumir neste período uma postura mais propositiva do que replicadora dos modelos globais de prevenção, delineando-se mais fortemente as características do que é hoje chamado de “modelo brasileiro” (PAIVA, 1999). A prevenção começava a ser entendida como intervenções de caráter eminentemente político e pedagógico (SEFFNER, 2002), a serem operacionalizadas por meio da construção de espaços dialógicos e emancipadores. Tais espaços deveriam propiciar a expressão da diversidade de opiniões e modos de vida e a troca e re-significação das informações sobre como proteger-se, respeitando as trajetórias de vida dos sujeitos envolvidos e possibilitando a construção das estratégias de prevenção mais viáveis para cada pessoa (AYRES, 2002; SEFFNER, 2002).

Segundo Paiva (2002), mesmo que a operacionalização dos referenciais ético-políticos que orientam a resposta brasileira nem sempre possa ser concretizada em sua radicalidade em todas as ações que a compõem, é a opção por eles que tem permitido ao Brasil, ao longo dos anos e através de diferentes governos, sustentar as ações de defesa dos direitos de grupos mais vulneráveis e historicamente marginalizados da sociedade como componentes centrais da política de prevenção. E são esses princípios, aliados ao sucesso alcançado no controle da progressão da epidemia, que fazem do país, hoje, uma referência internacional no campo da aids.

II. CAMINHOS DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO

Em que pesem os reconhecidos êxitos, os desafios à resposta brasileira certamente ainda são muitos. Dada sua dinâmica complexa e multideterminada, a aids no país tem sofrido sucessivos processos de transformação de seu perfil epidemiológico, atingindo um número cada vez maior de grupos vulneráveis social, cultural e politicamente. Ao mesmo tempo, a ampliação da compreensão acerca dos determinantes da epidemia, possibilitada pelo acúmulo de conhecimentos tanto dos aspectos biomédicos e epidemiológicos da doença quanto de suas dimensões éticas e políticas, tem agregado novos elementos à reflexão sobre as políticas e práticas de prevenção.

Em seus anos iniciais, a aids no Brasil afetou majoritariamente os homens, tendo como principais vias de transmissão da infecção as relações sexuais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens, o compartilhamento de seringas e agulhas entre usuários de drogas injetáveis e as transfusões de sangue e hemoderivados (DOURADO E COLS, 2006). A maior parte dos casos estava concentrada nas regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e de São Paulo. Julgava-se, à época, que o Brasil viveria uma epidemia restrita a estes grupos, seguindo o chamado “padrão ocidental” (BASTOS, 2001).

Naquele momento, o caráter de urgência de controle da epidemia e o enorme preconceito que a envolvia fizeram com que a resposta programática dada à prevenção tenha sido construída, em certa medida, de maneira desvinculada do processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que se iniciava no país. Embora incorporando os princípios do novo sistema em seu referencial ético-político, a prevenção da aids, enquanto conjunto de atividades, não se incorporou imediatamente às estruturas do

sistema (Parker, mimeo) e, de acordo com alguns autores, ainda hoje os serviços de saúde não são o principal cenário da prevenção. Segundo Berkman e cols (2005), dos quatro principais componentes da resposta brasileira - tratamento, vigilância epidemiológica, prevenção e promoção dos direitos humanos – dois, nomeadamente a prevenção e a promoção dos direitos humanos, foram e ainda são majoritariamente operacionalizados pelas organizações da sociedade civil, enquanto os demais permanecem como atividades primordialmente governamentais.

Numa organização que pode ser compreendida como estratégica e necessária à época, a prevenção da aids nos serviços de saúde ficou inicialmente restrita ao trabalho realizado nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Estes serviços foram implantados no país a partir de 1988, com o objetivo de: facilitar o acesso de grupos prioritários ao diagnóstico do HIV e às orientações preventivas; captar a demanda por testes anti-HIV dos bancos de sangue; e fortalecer as ações de prevenção voltadas à redução do risco e à promoção de sexo mais seguro. Como principal dispositivo tecnológico do trabalho, os CTA tinham o aconselhamento (BRASIL, 1999).

Os trabalhos de prevenção do HIV desenvolvidos neste período orientavam-se pelo conceito epidemiológico de risco. Como efeito, seu foco estava no desenvolvimento de metodologias de abordagem de grupos específicos que propiciassem a percepção individual do risco de infectar-se pelo HIV (BRASIL, 2005a). Em âmbito nacional, a política de prevenção era executada por meio do “Projeto Previna”, que consistia em ações dirigidas a esses grupos. Executadas por organizações da sociedade civil, consistiam basicamente no repasse de informações por meio de materiais educativos e intervenções face a face voltadas à adoção de comportamentos sexuais e de uso de drogas mais seguros (BRASIL, 2005A; GALVÃO, 2000).

Ainda no período compreendido entre o final dos anos 1980 e início dos anos 1990, os estudos epidemiológicos começavam a apontar para importantes mudanças nos padrões da aids, que viriam contrariar as previsões iniciais sobre seu curso no país. Concomitantemente, importantes inflexões na compreensão global acerca da dinâmica da epidemia começavam a se formular.

Apesar de manter-se como uma epidemia concentrada (FONSECA E BASTOS, 2007), com importante participação da categoria de transmissão homo/bissexual, em

meados da década de 1990, os padrões de transmissão do HIV no Brasil já haviam sofrido transformações importantes em comparação com os anos iniciais. Os heterossexuais passaram a responder pelo maior número de casos novos de aids, chegando a ser a subcategoria de exposição sexual com maior número de casos notificados no país (DOURADO E COLS, 2006) e passando a ser considerado o principal motor da epidemia hoje (BARBOSA, 2003). Como consequência, as mulheres passaram a ser gravemente afetadas pela doença, o que pôde ser observado pelo rápido crescimento da incidência da doença entre elas, pelo aumento progressivo da proporção de mulheres no conjunto dos novos casos e pela redução da razão de sexo no total de casos de aids notificados. Com isso, cresceram os números de casos por transmissão vertical do vírus, passando a ser seu controle uma urgência para resposta nacional. Ainda neste período, observou-se que a epidemia passava a atingir segmentos com menor escolaridade e piores condições socioeconômicas, além de se disseminar pelo interior do país (DOURADO E COLS, 2006).

Estabeleceram-se, então, as tendências que ainda hoje caracterizam a epidemia no Brasil: heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização. As mudanças no perfil vinham refletir a intrínseca relação entre a aids e as diferentes formas de violência estrutural que já era apontada por ativistas e pesquisadores da área a partir do referencial da vulnerabilidade (PARKER, 2002A; GALVÃO, 2000). Tornava-se evidente que não somente a estigmatização relacionada a práticas sexuais (homossexuais, prostitutas) ou estilos de vida (usuários de drogas), mas também as desigualdades produzidas por outras dimensões de relações de poder – relações de gênero, classe, etnia, geração – tornavam alguns grupos mais suscetíveis à infecção pelo HIV que outros (PARKER, 2002a).

No âmbito da política de prevenção, o quadro de expansão da epidemia para diferentes segmentos da sociedade impunha a necessidade de criação de alternativas sustentáveis para a ampliação do acesso e da cobertura das ações no país, despontando a intersetorialidade como uma estratégia fundamental.

É neste cenário que a integração das ações de prevenção das DST/aids aos serviços de atenção primária ganha relevância na política nacional, fundamentada na compreensão de que as práticas realizadas nos serviços de APS propiciavam inúmeros momentos profícuos para intervenções voltadas tanto à prevenção da transmissão sexual quanto da transmissão vertical do HIV (DINIZ E VILLELA, 1999) e, principalmente, no

entendimento de que a capilaridade da rede de APS permitiria a ampliação da cobertura e do acesso da população às ações de prevenção ao mesmo tempo em que otimizaria os recursos financeiros e humanos necessários para realizá-las (BRASIL, 2005a).

A discussão ganhou visibilidade ao longo dos anos 1990 com a aproximação dos movimentos de mulheres e de aids. Uma importante referência para o debate foi a Plataforma de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo, em 1994. Elaborada com importante participação do movimento feminista do Brasil, a Plataforma, assumindo a perspectiva da atenção integral à saúde das mulheres, previa entre ações prioritárias para o campo da saúde reprodutiva nos países signatários a incorporação nos serviços de saúde de: atividades de prevenção, detecção e tratamento das DST; educação e aconselhamento para prevenção da aids; e disponibilização de preservativos nesses serviços (UNITED NATIONS, 1995).

Desde que começou a ser debatida, a proposta de integração vem ganhando destaque cada vez maior na política nacional de controle da epidemia e as atribuições dos serviços de atenção primária em relação à prevenção das DST/aids vêm se ampliando. A APS é declarada pelo Programa Nacional de DST/Aids como “a melhor alternativa para a prevenção de novas infecções e (...) [um] instrumento capaz de antecipar problemas individuais e coletivos em relação à epidemia de HIV e aids e a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis” (BRASIL, 2004a).

As ações a serem realizadas nestes serviços constam de variados documentos normativos publicados pelo Ministério da Saúde nos últimos anos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2005; BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b; BRASIL, 2004; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c; BRASIL, sem ano; BRASIL, sem ano/a). Pautadas pelo objetivo de integração de ações de prevenção e assistência, contemplam desde intervenções já existentes, como a oferta de testagem e aconselhamento para gestantes como parte do protocolo de pré-natal, até ações tecnologicamente bastante complexas, como as atividades de redução de danos em campo.

Em nível global, um importante componente da prevenção do HIV tem ganhado destaque entre as atividades prioritárias para implantação na atenção primária: a oferta da testagem e do aconselhamento para a população geral. Diferentemente do que se propôs inicialmente em relação a esta atividade, ao invés da disponibilidade da sorologia para

atendimento da demanda voluntária pela testagem (em inglês, este modelo é chamado *Voluntary Testing and Counseling – VCT*), as propostas mais recentes preconizam a testagem para o HIV como um procedimento de rotina nos serviços de saúde (o modelo chamado *Provider Initiated HIV Counseling and Testing - PICT*), ao qual os usuários seriam submetidos sempre que procurassem os serviços, a menos que se recusassem ativamente (estratégia *opt out*). O modelo PICT foi oficialmente recomendado pela primeira vez em 2004 pela Organização Mundial da Saúde, por meio da Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS/ WHO, 2004; 2007) e vem sendo adotado por países como os Estados Unidos (GALLANT, 2004) e a Inglaterra (GRAHAM, 2004).

III. DESAFIOS DA PRÁTICA

Estimulados pelas recomendações da Plataforma do Cairo, diversos estudos sobre a implantação de atividades de prevenção do HIV nos serviços de APS vêm sendo realizados ao redor do mundo, tendo este tema ocupado lugar de destaque na agenda mundial sobre questões de saúde sexual e reprodutiva. Em seu conjunto, os estudos realizados a partir da Conferência demonstram a complexidade da concretização desta proposta.

No campo do debate teórico, o potencial da integração tem sido associado, principalmente, à relativa acessibilidade dos serviços de atenção primária (LUSH, 2002; GERMAIN E KIDWELL, 2005; ASKEW E BERER, 2003); à facilidade de acesso a mulheres casadas por meio destes serviços (ASKEW E BERER, 2003); à abordagem integral que promove (LUSH, 2002; CHIKAMATA E COLS, 2002); à possibilidade de otimização de recursos que proporciona (ASKEW E BERER, 2003); e ao saber acumulado e apoio comunitário de que usufruem os serviços de APS, em contraposição aos freqüentemente estigmatizados serviços especializados de DST/aids (GERMAIN E KIDWELL, 2005). No Brasil, considera-se, ainda, que esse potencial estaria relacionado aos fatos de que a maior parte das demandas de saúde é dirigida a esses serviços; as ações de prevenção e promoção da saúde estão entre suas principais atribuições (BRASIL, 2006a); as mulheres são suas maiores freqüentadoras, sobretudo em função de demandas relacionadas à saúde reprodutiva (GIFFIN, 2002); e o atendimento a essas demandas

proporciona momentos profícuos para discussão sobre prevenção do HIV e outras DST (DINIZ & VILLELA, 1999).

Por outro lado, ainda no campo das teorizações, diversos desafios à implantação têm sido apontados: a existência de diferentes necessidades dos serviços para a execução de atividades tradicionais de saúde reprodutiva e de atenção às DST/aids em termos de gerenciamento, recursos humanos, equipamentos e infra-estrutura (FLEISHMAN-FOREIT E COLS, 2002; CANDWELL E CANDWELL, 2002); o acréscimo de atividades clinicamente complexas à rotina dos profissionais de saúde, sem que a isso correspondam melhorias de condições de trabalho (LUSH, 2002); e a inexistência de tecnologias simples e eficazes para diagnóstico dos casos assintomáticos de DST, que compromete especialmente a atenção às mulheres (FLEISHMAN-FOREIT E COLS, 2002). Diniz (mimeo), ao discutir as possibilidades da integração no Brasil, aponta como limitações principais o modelo de assistência dos serviços de saúde, centrado em abordagens prescritivas e a dificuldade por parte destes serviços de incorporarem a noção de integralidade em suas práticas.

Investigações empíricas em serviços de atenção primária à saúde, como a de Schraiber (2005), mostram que os temas relacionados à sexualidade permanecem como de difícil abordagem e resolução no cotidiano dos serviços de saúde, prevalecendo, frente a demandas desse tipo, a tomada de decisões baseada em conhecimentos de ordem pessoal e moral dos profissionais de saúde, quase sempre com finalidades disciplinadoras e normativas.

Os achados de Giffin e Lowndes (1999) em investigação realizada no Rio de Janeiro confirmam essa situação: as autoras identificaram que a maior parte dos médicos ginecologistas não relata para as pacientes portadoras de DST que seu problema de saúde está relacionado à transmissão sexual, sob alegação de não poder acusar ou provocar suspeitas sobre os parceiros de suas pacientes e de perceberem sua função como limitada à realização do tratamento medicamentoso da doença.

Feliciano e Kovacs (2003), em estudo sobre as atividades educacionais voltadas à prevenção da transmissão vertical do HIV na assistência ao pré-natal, realizado em 27 unidades de APS no Recife, constataram que nenhum dos serviços realizava o aconselhamento quando da solicitação do exame anti-HIV às gestantes e que os poucos trabalhos educativos realizados estavam centrados no repasse de informações. Achados

similares são relatados no estudo de Richey (2003), realizado na Tanzânia em clínicas de saúde materno-infantil.

Um estudo de Kumar e cols. (2004) sobre os desafios à implantação da testagem voluntária e aconselhamento para HIV no pré-natal em Barbados, país onde essa estratégia contribuiu significativamente para a redução das taxas de transmissão vertical desde a segunda metade da década de noventa, identificou um alto percentual (82%) de mulheres testadas durante o pré-natal entre as 1342 estudadas. No entanto, apenas 69% delas relataram ter recebido aconselhamento pré-teste e um percentual ainda menor – 28,9% - recebeu aconselhamento pós-teste. Além disso, 38,7% das mulheres testadas não tinham nenhum tipo de registro do resultado do teste no momento do parto.

De maneira complementar, estudos nacionais e internacionais mostram que, freqüentemente, mulheres com diagnóstico de aids relatam não ter recebido, em suas trajetórias pelos serviços de saúde, orientações preventivas em relação à doença ou às demais DST . Madge e cols (1995), em estudo realizado na Inglaterra, avaliaram o acesso de cem mulheres com sorologia positiva para o HIV a serviços de saúde e a discussões sobre aids nestes mesmos serviços no ano anterior ao seu diagnóstico. Concluíram que apenas 14% delas se recordavam de alguma discussão sobre o HIV, embora 65% tenham procurado serviços de saúde no período investigado e 46% tenham apresentado sintomas de aids. Semelhantemente, Vermelho e cols (1999), em estudo qualitativo sobre o perfil cultural e social de vinte e cinco mulheres doentes de aids atendidas num hospital público do Rio de Janeiro, identificaram que a maioria delas, mesmo apresentando histórias de risco de infecção, não havia recebido qualquer tipo de informação sobre HIV ou outras DST nos serviços de saúde que freqüentavam e só teve seu diagnóstico a partir do aparecimento de sintomas ou da morte por aids do companheiro ou filho.

Silva e cols (2007), em estudo com mulheres usuárias de drogas injetáveis, identificaram como importante componente da vulnerabilidade dessas mulheres o fato de evitarem a busca de serviços de saúde, inclusive em momentos de extremo risco, como os casos de overdose, por temerem ser denunciadas ou discriminadas pelos profissionais de saúde. Especificamente em relação à prevenção do HIV, os autores identificaram pouco conhecimento das mulheres em relação ao risco de contaminação pelo compartilhamento de seringas e agulhas, baixíssima freqüência de uso de preservativos nas relações sexuais e, no

caso das soropositivas para o HIV, a realização do diagnóstico somente mediante o aparecimento de sintomas de aids.

Desafios à concretização das ações de prevenção têm sido observados também em outros contextos para além da atenção primária, como nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) (GRANGEIRO E FERRAZ, 2008; WOLFFENBÜTTEL, 2006; MINAYO, 1999), nos serviços especializados de assistência às pessoas que vivem com HIV/aids (BRITTO E ALVES, 2003), nos serviços de atendimento às DST (FILGUEIRAS E DESLANDES, 1999; GIFFIN E LOWNDES, 1999) e nas escolas (AYRES E COLS, 2003).

Grangeiro e Ferraz (2008), em estudo de base nacional incluindo todos os 383 CTA do país, identificaram que uma parcela expressiva desses serviços adota procedimentos que limitam o acesso às ações ofertadas, como a obrigatoriedade de identificação do usuário para atendimento ou a exigência do aconselhamento pré-teste para a realização do diagnóstico, e que tal restrição está associada à baixa proporção de atendimento de grupos mais vulneráveis à infecção pelo HIV. A oferta de insumos de prevenção também enfrenta restrições nestes serviços, sendo que 70% deles impõem alguma dificuldade de acesso, como apresentação de documento de identificação, passagem por atendimento prévio e a definição de cotas fixas para cada usuário. Além disso, os autores observaram desconexão entre os grupos priorizados para atendimento nos CTA e o perfil epidemiológico do local onde estão implantados, estando as gestantes entre as populações mais atendidas em cerca de metade dos CTA. Os autores chamam atenção ainda para a baixa cobertura desses serviços, o que reforça a necessidade de ampliar as ações de prevenção para os demais serviços do sistema de saúde.

Wolffenbüttel (2006), em estudo sobre a organização tecnológica dos Centros de Testagem e Aconselhamento realizado em São Paulo, observa que a atuação desses serviços hoje está prioritariamente voltada para a realização da testagem do HIV. O aconselhamento é feito como uma ação pontual, restrita ao contato pré e pós-teste, sem que se observe sua realização como uma ação de prevenção em si. Nessa mesma direção, Britto e Alves (2003), em avaliação da qualidade da atenção às pessoas vivendo com HIV no estado do Maranhão, verificou que o aconselhamento realizado nesses serviços distancia-se

do recomendado pelo PN DST/Aids, reduzindo-se a uma prática baseada em orientações normativas de condutas descoladas das especificidades de cada usuário.

Pupo (2007), em estudo sobre as bases teóricas do aconselhamento e as orientações técnicas encontradas nos manuais dessa prática, mostra que o aconselhamento no campo das DST/aids tem perdido sua especificidade e seu poder de atuação, o que se deve, segundo à autora, à falta de clareza e reflexão sobre sua definição, seus limites e suas possibilidades. Com isso, observa-se, por vezes, um uso arbitrário e acrítico do aconselhamento, que se confunde com outras práticas humanizadoras realizadas nos serviços de saúde. Pupo considera que grande parte desses problemas deve-se à falta de clareza dos próprios manuais e documentos de referência em relação aos focos e formas de atuação dessa prática e que é necessário recuperar sua origem e a identidade para avaliá-lo e revalorizá-lo.

Ayres e cols (2003), em avaliação de uma experiência prática de utilização da referência de vulnerabilidade no desenvolvimento de ações preventivas numa escola por meio da formação de uma rede de alunos multiplicadores identificam a efetividade da estratégia: os alunos conheciam as ações desenvolvidas pelos multiplicadores, compreendiam seus objetivos e concordavam com a estratégia de discussão dos temas por jovens multiplicadores na escola. Principalmente, identificaram a conformação de uma rede informal de comunicação a partir dos multiplicadores. Entretanto, identificaram como desafio principal do trabalho a superação do modelo de prevenção baseado na transmissão de informação. Os multiplicadores, embora tendo por referencial a vulnerabilidade, vivenciavam em suas práticas uma tensão entre o modelo da transmissão unilateral da informação, associada à percepção do multiplicador como aquele que instrui, e a pedagogia construtivista, baseada na discussão multilateral entre os pares e a efetiva construção de espaços de discussão, de trocas entre iguais, diferenciado do próprio modelo pedagógico rotineiro da escola.

Esse conjunto de informações nos permite afirmar que, em quaisquer cenários que sejam realizadas, as ações de prevenção das DST/aids, ao serem transpostas do plano discursivo para a realidade concreta, defrontam-se com dificuldades diversas, que limitam sua realização conforme os princípios que as orientam. A proposição do Ministério da Saúde de sua implantação nos serviços de atenção primária mostra-se, assim, bastante

ambiciosa, configurando-se num objeto cuja análise merece ser aprofundada no contexto brasileiro.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

I. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A noção de atenção primária à saúde (APS) difundiu-se pelo mundo a partir de 1978, quando da realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma Ata.

No documento final da Conferência, a APS é apresentada como um componente importante do desenvolvimento social dos países e elemento-chave para o alcance da saúde global no ano 2000, principal objetivo acordado pelos participantes da Conferência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978). É definida como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, através de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam sustentar em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de auto-suficiência e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde de um país, do qual é a função central e o foco principal, e de todo o desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidades com os sistemas nacionais de saúde, aproximando-se o máximo possível do lugar onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um continuado processo de cuidado à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978) (livre tradução da autora).

Na definição de Alma Ata, observa-se um caráter polissêmico para a Atenção Primária: a APS refere-se, a um só tempo, a um determinado tipo de cuidado, um dado tipo de tecnologia e um nível de atenção específico - o primeiro e mais importante - dos sistemas nacionais de saúde.

No Brasil, movimentos de base acadêmica, como os da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária, já trabalhavam com proposições de APS muito antes da Conferência de Alma Ata (IBAÑEZ E COLS, 2006). Entretanto, foi a partir do proposto pela Conferência de Alma Ata que a noção passou a ter maior espaço na agenda nacional de políticas públicas do setor saúde.

A APS ganhou grande relevância no processo de racionalização dos sistemas de saúde ao redor do mundo (IBAÑEZ E COLS, 2006). Para alguns autores, foi essa a característica que determinou sua centralidade nos processos de reforma desses sistemas ao longo dos anos setenta e oitenta, já que todos tinham como objetivo a busca da redução dos custos da assistência médica, a maior eficiência e a descentralização dos serviços de saúde (IBAÑEZ E COLS, 2006). Nessa perspectiva sistêmica, a atenção primária diferenciava-se

dos demais níveis de atenção por seu baixo grau de incorporação de tecnologias materiais e pelo tempo relativamente menor de capacitação de seus profissionais em comparação com os de outros níveis de atenção (ELIAS, 2001).

A associação da APS à racionalização dos recursos e à simplificação tecnológica deixou uma conseqüência deletéria para a dimensão dos cuidados a ela atribuídos: sua associação, no imaginário coletivo, ao baixo custo, à simplificação e à baixa qualidade (SCHRAIBER E COLS, 2000).

No final dos anos 1980 e início da década seguinte, ou seja, no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, o conceito de atenção primária foi substituído no Brasil pela noção de atenção básica, sendo esta a nomenclatura oficial adotada pelo Ministério da Saúde atualmente. Para alguns autores, isso teria sido resultado da estigmatização do termo atenção primária, causada pela idéia de racionalização e focalização a ele conferida na década de setenta. (GIL, 2006).

Ao longo dos anos, os termos atenção primária e atenção básica têm sido utilizados de maneiras diversas no âmbito da saúde pública brasileira, seja no campo das políticas, seja no da produção teórica. Alguns autores argumentam que isso denota uma inconsistência conceitual que pode ter conseqüências sobre o rumo dado às ações de saúde que compõem esse nível de atenção (IBAÑEZ E COLS, 2006).

No entanto, a substituição do termo atenção primária por atenção básica no contexto atual do Sistema Único de Saúde não parece refletir uma mudança na compreensão da função desse nível de atenção. Ao contrário, a similaridade entre as definições de atenção primária, proposta nos anos 1970, e a de atenção básica correntemente utilizada pelo Ministério da Saúde em suas políticas, indica uma compreensão sinonímica desses termos.

A Portaria 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a define como um conjunto de ações de saúde de caráter individual e coletivo, localizadas no primeiro nível de atenção, voltadas para promoção e reabilitação da saúde, prevenção, diagnóstico e o tratamento de agravos. Sua atuação deve se dar, segundo o Ministério da Saúde:

(...) Por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2006a)

Para tanto, a APS “utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território” (BRASIL, 2006a). É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, cujo funcionamento é estratégico para a resolubilidade do SUS. Os princípios que a orientam são: universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado; vínculo; continuidade; integralidade; responsabilização; humanização; equidade; e participação social. Entre seus fundamentos, está o de efetivar a integralidade em seus vários aspectos: integração entre ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção, prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação; integração do trabalho interdisciplinar e em equipe; e coordenação do cuidado na rede de serviços (Brasil, 2006a). Entendida como uma tecnologia e ao mesmo tempo um nível de atenção específico, a APS é estratégica para a concretização dos mais caros princípios da saúde pública brasileira.

Como no Brasil, a APS tem sido prioridade nos processos de reorganização do setor saúde em diversas partes do mundo. A experiência de vários países mostra que a ênfase na APS tem obtido vários efeitos positivos, entre eles o aumento da eficácia técnica dos sistemas de saúde, com melhorias em vários dos tradicionais indicadores de saúde (STARFIELD, 2002; SHI E COLS, 2005; HEFFORD E COLS, 2005).

Olhar para essa eficácia técnica implica analisar as características da APS como tecnologia, isto é, como uma modalidade específica de articulação de instrumentos materiais (equipamentos e insumos) e não materiais (saberes técnicos e dispositivos de organização do trabalho) que é operada pelos profissionais de saúde na produção do cuidado (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Nesta direção, a APS é entendida tal como a apresentam Schariber e cols (2000): uma abordagem tecnológica específica, adequada e necessária à resposta a determinadas necessidades de saúde, que emprega recursos assistenciais que demandam alta capacidade resolutiva e alta sensibilidade diagnóstica. Trata-se de uma forma específica de organização da prática do trabalho em saúde, dotada de particular complexidade, que lida com dimensões da saúde que extrapolam o corpo biológico individual e buscam acessar as dimensões coletivas dos processos saúde-doença. Assim, mesmo quando se constituem em casos instrumentalmente simples e, eventualmente, patologicamente mais fáceis, os

problemas de saúde cuja resolução é atribuída à APS envolvem grande complexidade assistencial e epidemiológica (SCHRAIBER E COLS, 2000).

II. A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO DE ORGANIZAÇÃO DA APS

Para que as atribuições da atenção primária sejam efetivadas, é necessário que sejam buscadas formas de organização - ou modelos assistenciais (PAIM, 1999) - que as viabilizem.

Desde 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo adotado no Brasil como prioritário para organização da APS desde 1994 (BRASIL, 2006a). De acordo com o Ministério da Saúde, essa estratégia favorece a reorientação do modelo de atenção centrado no atendimento individualizado, no trabalho do médico e na doença, para um modelo de atenção voltado à concretização do princípio da integralidade, que prioriza a qualidade de vida das pessoas e do meio em que vivem, capaz de transformar e aprimorar a relação entre os profissionais de saúde e a comunidade (BRASIL, 1999a). Esse potencial é creditado à possibilidade de estabelecimento de vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, na medida em que aqueles se tornam responsáveis pelo acompanhamento permanente de um conjunto de famílias num dado espaço territorial (BRASIL, 1999a).

Alguns instrumentos adotados na ESF seriam favorecedores de tal transformação (BRASIL, 1999a):

- Cadastramento da clientela, que permite o conhecimento das famílias, de suas condições de moradia e ambientais e de diversas outras informações que podem ser relevantes para o serviço de saúde;
- Adscrição da clientela, que permite à equipe de saúde delimitar o número de pessoas e famílias sob sua responsabilidade, visando condições de trabalho que garantam a atenção integral e o acesso de toda a comunidade ao serviço;
- Referência para a assistência de média e alta complexidade, para a qual devem estar estabelecidas normas, rotinas e fluxos pactuados no município e, quando necessário, na região de saúde;

- Incorporação de mecanismos que permitam o acompanhamento permanente das ações e atividades do serviço e avaliação de seu impacto sobre as condições de saúde da população.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece algumas áreas de atuação prioritárias para o trabalho das equipes de saúde da família, quais sejam: eliminação da hanseníase e da desnutrição infantil; controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus; ações de saúde bucal; ações de saúde da criança, da mulher e do idoso; e promoção da saúde (BRASIL, 2006a). Outras prioridades podem ser estabelecidas localmente, de acordo com as necessidades de saúde identificadas pelos municípios. As ações de prevenção das DST/aids não estão explicitamente estabelecidas entre as prioridades da ESF, embora componham protocolos de atenção de algumas questões prioritárias, como o acompanhamento pré-natal e o tratamento de portadores de tuberculose.

Desde sua adoção como estratégia organizadora da APS, importantes investimentos vêm sendo feitos para implantação e ampliação da cobertura da ESF no país, inclusive por meio de acordos de empréstimo internacional com o Banco Mundial. Assim como o investimento financeiro na implantação, que cresceu de R\$1.662,80 bilhões em 2003 para R\$ 3.248,50 bilhões em 2006, a cobertura da estratégia vem crescendo ano a ano: se em 2003 havia 19 mil equipes de saúde da família implantadas em 4,4 mil municípios, cobrindo 35,7% da população brasileira (62,3 milhões de pessoas), em 2006 esses números chegavam a 26.729 equipes em 5.106 municípios, com uma cobertura de 46,2% da população, o equivalente a 85,7 milhões de pessoas¹.

Diante desse crescimento e da complexidade das atribuições da APS no Brasil, alguns autores têm indagado a real possibilidade da ESF, como modelo de organização da APS, de superar o modelo biomédico e efetivamente priorizar a prevenção de doenças e a promoção da saúde (BODSTEIN, 2002).

Tesser (2006) argumenta que a juventude do SUS e sua dificuldade em interagir com a formação médica são aspectos que tornam lenta a construção de modelos

¹ Dados oficiais publicados no *site* do Ministério da Saúde, disponíveis no endereço: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>

organizacionais comprometidos com a promoção da autonomia dos usuários dos serviços de saúde, o que pode comprometer a efetiva mudança do modelo de atenção. No caso da ESF, o autor aponta um risco importante: se por um lado a estratégia representa uma proposta de transformação das práticas de atenção à saúde, por outro, caso não logre construir seus próprios referenciais, poderá constituir-se num fortalecedor da medicalização, na medida em que incorpore o saber biomédico como principal orientador de suas práticas.

Em estudo empírico sobre os desafios à implantação da ESF em grandes centros urbanos realizado em 10 municípios brasileiros, Escorel e cols (2007) identificaram haver um processo de mudança do modelo organizacional da APS em andamento. Verificaram tal fato pela incorporação de novas práticas profissionais, como as atividades extra-muros e as reuniões com a comunidade, principalmente na atuação dos agentes comunitários de saúde, e pelo aprimoramento do vínculo entre equipe de saúde e comunidade. Como principal desafio, contudo, observaram a dificuldade de consecução da integralidade, especialmente no que diz respeito à continuidade do cuidado entre os níveis de atenção. Como exemplos desta dificuldade, citam os mecanismos de integração insuficientes para a adequada coordenação do cuidado e a persistência das tradicionais práticas de saúde de caráter curativo contrastando com o baixo percentual de efetiva realização das práticas de promoção e prevenção.

Diversos estudos têm comparado a atenção na estratégia de saúde da família com as práticas convencionais das unidades básicas de saúde, abordando questões como desempenho, impacto e efetividade dos dois modelos.

Osis e cols (2006), analisando a disponibilidade nas unidades de saúde dos métodos contraceptivos distribuídos pelo Ministério da Saúde às Secretarias Municipais, verificaram uma associação direta entre melhor implantação da ESF e maior organização do planejamento familiar, porém com a permanência de algumas características observadas em outros modelos organizacionais: participação quase exclusivamente feminina nas atividades educativas; capacitação insuficiente dos profissionais, sendo que a maioria não percebe o planejamento familiar como parte da APS e queixa-se da falta de materiais para ilustração das atividades; e imposição de restrições à atenção aos adolescentes, como a requisição da presença de um responsável para realização do atendimento.

Elias e cols. (2006), em investigação conduzida no âmbito dos estudos avaliativos do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) do Ministério da Saúde e realizada no município de São Paulo, compara, com base no referencial avaliativo da APS desenvolvida por Starsfield, a atenção na Unidade de Saúde da Família e na Unidade Básica de Saúde tradicional por meio da opinião de profissionais de saúde, usuários e gestores. Entre os achados principais do estudo, está que, para todas as dimensões da APS abordadas, a avaliação dos usuários foi mais positiva em relação à SF que ao modelo tradicional, havendo uma relevante incorporação por parte de todos os grupos do ideário de cuidado à saúde proposto pela SF. Na maioria das dimensões avaliadas, porém, as opiniões de profissionais de saúde e gestores tenderam a ser mais positivas do que a dos usuários dos serviços.

Também no âmbito dos estudos do PROESF, o de Facchini e cols (2006) avaliou, por meio de estudo transversal com uso de fontes primárias e secundárias, o desempenho da APS em 41 municípios das regiões nordeste e sul do Brasil, comparando SF e o modelo tradicional das Unidades Básica de Saúde. Os autores verificaram que as UBS tradicionais eram responsáveis pela realização de maior número de consultas médicas, mas o resultado de seu desempenho foi inferior ao da ESF. A oferta de ações e recursos de saúde mostrou-se mais organizada e adequada nas USF que nas UBS tradicionais, sendo que estas últimas respondiam mais à demanda espontânea. Embora tenha sido relatada disponibilidade de relatórios periódicos sobre o trabalho da SF, principalmente no Nordeste, e a ocupação de parte importante do tempo de trabalho dos profissionais com preenchimento dos instrumentos de informação, a utilização das informações foi rara entre as equipes em ambos os modelos de atenção.

Limitações da ESF no sentido da reorientação do modelo assistencial foram também verificadas por Schraiber (2005) em estudo que analisa as questões de gênero no contexto das ações cotidianamente exercidas na Saúde da Família no estado de Pernambuco. A autora identifica que, mesmo no contexto destas propostas inovadoras de organização da APS, ainda predomina a organização de práticas de saúde que valorizam a atenção médica e individualizada, o que se constitui num impasse para a abordagem da dimensão sociocultural dos problemas de saúde. A autora observa limitações na organização tecnológica das USF estudadas em relação a: circulação dos trabalhadores nas

ações do programa; integração entre as ações desenvolvidas na comunidade e nos domicílios com o conjunto das ações desenvolvidas nas unidades; falta de clareza sobre a incorporação de ações inovadoras no fluxograma assistencial; permanência da valorização do atendimento individual e da ênfase em procedimentos e prescrições; e desconsideração, pelos profissionais, das informações sobre as condições sociais, subjetivas e mesmo econômicas dos usuários no processo de tomada de decisão clínico-assistencial. Schraiber aponta também que, no contexto estudado, apesar do compartilhamento do planejamento e avaliação do trabalho, a prática assistencial permanecia fragmentada e aderida a categorias profissionais, limitando a troca de saberes e de competências práticas no processo de tomada de decisão assistencial.

**INTEGRALIDADE E TRABALHO EM SAÚDE:
RELAÇÕES ENTRE ORGANIZAÇÃO TECNOLÓGICA DO
TRABALHO E PREVENÇÃO DAS DST/AIDS NO
CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Em que pesem as potencialidades, no plano propositivo, da implantação das ações de prevenção das DST/aids nos serviços de atenção primária, entendemos que há um conjunto de questões que devem ser consideradas na discussão sobre suas possibilidades de concretização.

Inicialmente, há que se considerar que, como no caso de quaisquer outras políticas públicas, a implantação dessas ações configura-se num processo social complexo, que envolve múltiplos atores, mobiliza objetivos, interesses e valores diversos, podendo sofrer variações contextuais nos seus modos de execução. Dito de outro modo, ao passarem do plano propositivo para o concreto, as políticas deixam de ser apenas proposições técnicas para transformarem-se em prática social. Submetem-se, assim, às tensões intrínsecas do cotidiano da vida social e do trabalho (SCHRAIBER, 1997).

No caso da prevenção das DST/aids, as ações são particularmente suscetíveis a influências contextuais, sendo esperado que sua implantação não se dê de forma linear ou direta (CRUZ E COLS, 2007). Isso porque essas ações caracterizam-se por um baixo grau de definição tecnológica - ou seja, pouca clareza sobre como devem ser operadas (NEMES, 2001) – e um alto grau de complexidade assistencial. Na passagem do plano discursivo para o da experimentação no cotidiano do trabalho dos serviços de saúde, podem ser atravessadas por questões de diversas ordens, desde aquelas intrínsecas ao contexto sociocultural (como os modos de lidar com a sexualidade e o uso de drogas) em que se inserem as práticas de saúde até o modelo de atenção a partir do qual se organizam os serviços.

Adentrando o plano concreto, as ações incorporam-se ao arranjo tecnológico em operação nos serviços de APS. Ao mesmo tempo, os serviços, ao incorporarem as novas atividades, sofrem tensionamentos no conjunto tecnológico estabelecido, que podem levar as novas ações a processos de maior acomodação ou transformação, de acordo com a maleabilidade do conjunto em relação às finalidades previamente orientadoras do trabalho. Em outras palavras, o plano propositivo do trabalho será reconstruído no plano técnico, de modo a se produzir uma nova totalidade.

Postas essas considerações, chegamos ao pressuposto central de nosso trabalho: a implantação de ações de prevenção das DST/aids nos serviços de atenção primária está sujeita a tensões entre o arranjo tecnológico desses serviços e as proposições ético-

normativas que orientam tais ações no Brasil; as possibilidades de implantação efetiva dessas ações em consonância com tais proposições serão maiores quanto maior for o potencial do arranjo tecnológico de concretizar o valor da integralidade. Portanto, estudar esse *arranjo tecnológico* numa unidade de atenção primária organizada pela ESF, que realiza como parte de seu conjunto de atividades ações de prevenção das DST/aids, pode nos oferecer contribuições relevantes para a discussão dos limites e potencialidades da implantação destas ações.

Exploremos agora as razões que nos levam a eleger a integralidade como um aspecto central de nosso estudo.

A primeira delas é que é nessa proposição ética que se apóia o plano propositivo de nosso objeto de estudo. É por estar inserida num contexto que, em consonância com os objetivos da APS e os princípios do Sistema Único de Saúde, a atenção ofertada nos serviços deve compreender os usuários como sujeitos singulares, inseridos num contexto sociocultural complexo que interfere nas suas condições de saúde, oferecendo-lhes ações articuladas de prevenção, assistência e promoção da saúde, que a implantação das ações de prevenção das DST/aids nestes serviços se torna possível no campo propositivo.

A segunda razão para a centralidade da noção de integralidade, diretamente relacionada à primeira, é o fato da busca de sua concretização estar no cerne do movimento de reorganização da APS. Tanto no plano mundial como em seu desenvolvimento no nível nacional, as proposições tecnológicas de APS têm sido fundadas na necessidade de produção de atenção à saúde não segmentada, atenta aos contextos sócio-sanitários dos indivíduos e interessada nos aspectos não apenas físicos, mas também psicossociais do processo saúde-doença (SCHRAIBER E MENDES-GONÇALVES, 2000). Por isso é possível afirmar que a principal característica tecnológica das proposições de organização da APS (como, por exemplo, a estratégia de saúde da família, a ação programática em saúde e a vigilância em saúde), tem sido sua orientação ao conjunto de valores e proposições que vem compondo a *idéia de integralidade*.

Dizemos *idéia de integralidade* porque é notória no campo da saúde coletiva a indefinição conceitual ou, como defendem alguns autores, a polissemia dessa noção. Com o fim de explicitar a definição de integralidade que adotamos neste estudo, recorreremos a

uma breve revisão de alguns dos autores que têm contribuído para o adensamento da compreensão conceitual dessa noção.

Em sua *dimensão política*, a integralidade pode ser considerada um marcador da diferenciação do projeto político que orienta o sistema de saúde brasileiro em relação a outros sistemas (MATTOS, 2001). É um princípio ético definido no campo filosófico da saúde como direito (KEHRIG, 2001), “um agrupamento de tendências cognitivas e políticas” (CAMARGO JR, 2005). Neste sentido, a noção congrega um conjunto de valores defendidos pela reforma sanitária brasileira, forjados no contexto da redemocratização do país, quando o que se buscava era a construção de uma sociedade mais justa, que demandava a transformação da concepção de saúde que até então predominava. É dessa congregação de valores que derivaria a polissemia do termo integralidade no âmbito da saúde pública brasileira (MATTOS, 2001).

No campo das *políticas de saúde*, especificamente daquelas delineadas em resposta a um agravo ou voltadas a grupos específicos da população, a integralidade refere-se ao modo como tais políticas concebem os sujeitos ou o agravo a que se dirigem, como articulam ações preventivas e curativas e de que maneira se propõem a abarcar as diferentes necessidades de saúde das pessoas portadoras ou suscetíveis ao agravo em questão (MATTOS, 2001; 2005).

Na dimensão das *práticas de saúde*, especificamente do encontro entre trabalhadores e usuários dos serviços, a integralidade diz respeito a uma atitude do trabalhador, a uma forma de abordar o usuário que não se restringe a tentativas de solucionar um sofrimento manifesto (a queixa), mas que se propõe a ampliar o potencial desse encontro, abrindo-se para a escuta e empenhando-se na identificação de outras necessidades de saúde (MATTOS, 2001). Nesta direção, a integralidade remeteria à produção de ações de saúde que concorram para o que Ayres (2001) apresenta como a construção de *projetos de felicidade humana*, por meio das trocas intersubjetivas operadas nos encontros entre usuários e equipes de saúde.

Essa dimensão, porém, não pode ser entendida, exclusivamente, como um atributo individual do trabalhador, mas como uma prática que resulta de um processo de trabalho articulado por um grupo de trabalhadores (a equipe de saúde). Esta consideração nos remete à *dimensão organizacional* da integralidade. Refere-se a uma característica da organização

das práticas e dos serviços de saúde que tem por objetivo uma ampla apreensão das necessidades da população e não somente a resposta a determinados agravos de saúde, previstos nos protocolos. Serviços organizados a partir do princípio da integralidade deveriam possibilitar a assimilação de necessidades inicialmente não previstas em sua organização, mas que emergem do contato cotidiano com os usuários, articulando, assim, respostas programáticas para problemas prioritários do ponto de vista epidemiológico e respostas à chamada demanda espontânea, emergida da realidade de cada local (MATTOS, 2001). Isso se viabilizaria pela integração dos vários saberes existentes nas equipes multiprofissionais dos serviços de saúde - a idéia de integração sanitária, isto é, de uma abordagem articulada na apreensão das necessidades individuais e coletivas e na organização da intervenção, simultaneamente operando ações de cura e proteção (SCHRAIBER, NEMES E MENDES-GONÇALVES, 2000).

A esta dimensão da integralidade, a realizar-se no espaço delimitado do serviço de saúde, Cecílio (2001) chamou de “integralidade focalizada”. Segundo este autor, esta dimensão prevê que no encontro usuário-equipe de saúde prevaleça o compromisso da equipe em fazer a melhor escuta possível das necessidades de cada pessoa que chega ao serviço, buscando traduzi-las e atendê-las. Nesse sentido, segundo Pinheiro (2001), a integralidade consistiria numa ação social dada na interação entre os atores na relação demanda e oferta que se passa no cotidiano dos serviços de saúde. Essa ação, na concepção da autora, se dá tanto no plano da atenção individual quanto no plano sistêmico, desde que sejam levados em consideração, em ambos os planos, os aspectos subjetivos e objetivos. Para se avançar na efetivação desta dimensão da integralidade, Pinheiro (2001) chama atenção para a necessidade de construção de modelos de atenção orientados pela realidade nos serviços, e não, como freqüentemente acontece, construídos como algo externo a eles, transformando-os tão somente em campo de aplicação de proposições teóricas.

Na dimensão organizacional, a integralidade refere-se também à articulação de cada serviço de saúde a uma rede complexa formada por outros serviços, que extrapolam, inclusive, o setor saúde. Cecílio (2001) a chama “integralidade ampliada”. O pressuposto que sustenta esta dimensão é o de que tecnologias voltadas para as melhorias das condições de vida estão distribuídas em serviços e setores diversos da sociedade e, portanto, há que se

criar maneiras de promover o acesso de todos aqueles que delas necessitarem. Desse acesso dependerá a melhor resolubilidade possível frente às necessidades de saúde de cada pessoa.

Kehrig (2001) propõe o agrupamento das dimensões da integralidade referidas aos cuidados com o indivíduo, ao trabalho interno à unidade de saúde e à articulação em rede entre os serviços sob a denominação de *dimensão tecnológica* da integralidade.

Reconhecendo a multiplicidade de sentidos e a pluralidade de dimensões que compõem a idéia de integralidade, em nosso estudo a abordaremos como uma proposição ética que nortearia o trabalho realizado nos serviços, direcionando nosso olhar especialmente para este conjunto de significações que fora classificado por Kehrig como a dimensão tecnológica da integralidade.

Para traçar o perfil tecnológico da unidade de saúde, apoiamo-nos no quadro conceitual sobre o processo de trabalho em saúde, proposto por Mendes-Gonçalves (1994). Este quadro nos permite analisar as formas variáveis de organização do processo de trabalho saúde e sua articulação na totalidade sócio-histórica em que se inserem, entendendo que tal organização não está dada *a priori*; ela é resultado de uma articulação formulada pelos agentes do trabalho (os profissionais de saúde) que, a partir dos saberes de que dispõem e das finalidades que almejam, recortam o objeto sobre o qual atuam e definem os instrumentos a serem utilizados nesse processo de transformação do objeto. Esta articulação – a dimensão intelectual do trabalho - está expressa nas ações concretamente operadas pelos agentes, em suas representações e comportamentos práticos, ou seja, na dimensão da realização técnica do trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994; NEMES, 2000).

Segundo Mendes-Gonçalves (1994), há mútuas determinações entre, de um lado, as necessidades que engendram o trabalho e, de outro lado, suas finalidades, isto é, as ações e produtos com os quais se busca responder às necessidades de saúde. Nessa perspectiva, o trabalho em saúde tem um caráter intrinsecamente social. Seus produtos e resultados representam a realização de finalidades socialmente constituídas de cada processo de trabalho particular, de cada forma humana de produzir respostas às necessidades de saúde. Portanto, como ação social, o processo de trabalho em saúde tem uma dupla especificidade: apresenta-se como ação produtiva e como interação social.

A dimensão de interação social está presente no que constitui um de seus traços centrais: a intersubjetividade. O trabalho em saúde requer o encontro entre usuários e trabalhadores, encontros que podem se configurar das mais diversas formas, matizadas entre duas situações extremas que vão da relação mecanizada e impessoal à busca de entendimento e reconhecimento mútuo (AYRES, 2004).

É, sobretudo, nessa dimensão, da interação, que se situa um aspecto fundamental a ser observado nos processos de trabalho em saúde, e que nos é especialmente caro, dadas as características de nosso objeto de estudo: as relações que medeiam as trocas técnicas entre os sujeitos, com seus diferentes interesses, poderes, recursos, valores. Tais relações podem ser observadas em dois grandes grupos de interação nos processos de trabalho: entre o agente do trabalho e o usuário do serviço e entre os diferentes trabalhadores da equipe.

Com essa abordagem, esperamos superar as explicações restritas à dimensão individual das práticas isoladas dos profissionais e não nos resumir à verificação da execução de atividades. Buscamos entender a implantação como um processo de encontros e desencontros da consecução de exercícios técnicos, valores e interesses que, ao ser estudado, deve permitir o questionamento das impropriedades apresentadas pelo plano propositivo à vida prática e não o inverso (SCHRAIBER, 1997).

Visando ao direcionamento da abordagem do trabalho por meio de aproximações sucessivas que vão do conjunto do trabalho até o momento prático do encontro entre agente e usuário, referenciamos-nos, complementarmente, no quadro avaliativo da atenção primária elaborado por Nemes (1995). O quadro é composto pela seguinte rede de categorias avaliativas:

- Clareza na priorização: capacidade do trabalho de definir objetos coerentes com as finalidades estabelecidas no seu plano discursivo. Refere-se à possibilidade de realização, no modo de funcionamento do serviço, das ações necessárias ao alcance de suas grandes finalidades, (por exemplo, a prevenção). A pergunta que se faz é: a “arquitetura” geral do trabalho é coerente com as finalidades que ele pretende alcançar?
- Acessibilidade dos alvos: capacidade do trabalho de organizar-se de modo a atingir os sujeitos a que se destina. Refere-se à adequação do fluxograma das ações aos

sujeitos que visa captar. Pergunta-se: os conjuntos tecnológicos disponíveis na unidade são adequados aos grupos que o serviço pretende atingir?

- Especificidade na apreensão e manipulação dos objetos: capacidade do trabalho de utilizar-se de instrumentos coerentes com a especificidade e a diversidade dos objetos-sujeitos que serão alvo das ações. Questiona-se a adequação dos instrumentos de trabalhos utilizados no serviço para abordar a especificidade dos objetos, como, por exemplo, a prevenção de DST entre jovens ou entre idosos.
- Acoplamento amarrado de atividades: capacidade do trabalho de articular as diferentes ações, realizadas pelos diversos agentes e simultaneamente dirigidas ao mesmo objeto. Pergunta-se: existem momentos e instrumentos de articulação do trabalho realizado pelos agentes, de modo a produzir o todo articulado do trabalho coletivo? O trabalho que se realiza na unidade é sinérgico?
- Coerência dos padrões de julgamento e avaliação: capacidade do trabalho de estabelecer normas homogêneas que regulem a atuação dos diversos agentes nas abordagens do objeto de trabalho. Querem-se saber quais são as normas a partir das quais os agentes julgam seu trabalho.
- Compreensão, aceitação e adesão dos agentes: capacidade dos profissionais de saúde de realizarem os princípios técnicos e éticos do plano propositivo em cada encontro assistencial. A questão que nos orienta é: os agentes conhecem e contam com os dispositivos necessários para operacionalizar os princípios técnicos e éticos propostos para seu trabalho?
- Efetividade comunicacional dos encontros assistenciais: capacidade dos diversos encontros de se orientarem tecnicamente pela normatividade dos sujeitos a que se destinam, isto é, de ouvir, incorporar e responder às representações e significações dos sujeitos nos diversos tipos de atendimento. Quer-se saber: há, no processo de trabalho, potencialidade para existência de um diálogo entre normatividades diversas, como, por exemplo, de profissionais de saúde e usuários do serviço? O trabalho incorpora a singularidade dos sujeitos a que atende e seus saberes práticos?

OBJETIVOS

I. OBJETIVO GERAL

Avaliar a implantação de ações de prevenção das DST/aids em uma unidade de atenção primária à saúde organizada pela estratégia de saúde da família.

II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil tecnológico da unidade de saúde selecionada para estudo;
- Identificar as formas de operacionalização das ações de prevenção das DST/aids realizadas na unidade de saúde;
- Analisar o modo de realização das ações de prevenção das DST/aids e de seus pressupostos éticos em relação ao perfil tecnológico do trabalho na unidade.

MÉTODOS

I. TIPO DE ESTUDO

O estudo consiste numa pesquisa avaliativa, do tipo análise de implantação, tal como a define Nemes (2001). Diferentemente da avaliação normativa, este tipo de pesquisa não visa julgar o cumprimento de normas previamente estabelecidas no plano propositivo, e sim julgar a realidade observada como intervenção realizada, isto é, como realidade sócio-histórica, utilizando-se de critérios técnico-científicos. Como metodologia científica e produção de conhecimento científico em saúde, dedica-se ao estudo da ação em seu cotidiano (SCHRAIBER, 1997).

Os estudos de implantação são recomendados quando o programa a ser avaliado possui pouca especificidade, fazendo com que não haja clareza do modo como as atividades que o compõem devam ser realizadas, bem como nos casos de programas cujos objetivos são complexos e os resultados visados são múltiplos e pouco específicos (NEMES, 2001). A implantação das ações de prevenção das DST/aids nos serviços de atenção primária pode ser considerada um caso adequado para este tipo de avaliação (NEMES, 2001).

A estratégia de investigação utilizada é o estudo de caso explanatório, considerada propícia às análises de implantação que têm como questões centrais de pesquisa as do tipo “como” e por quê”, na medida em que permite generalizar proposições teóricas e identificar fatores que contribuem para a ocorrência de determinados fenômenos. A validade se dá pela capacidade do estudo de apreender o objeto empiricamente em todas as suas dimensões, e não pela capacidade de generalização propiciada pelo número de unidades estudadas, como ocorre nas investigações quantitativas (MINAYO, 2004).

II. ABORDAGEM DO OBJETO

O estudo toma como base o quadro conceitual sobre o processo de trabalho em saúde, desenvolvido por Mendes-Gonçalves (1994), e os diversos estudos empíricos de avaliação de programas desenvolvidos a partir desse conceito, especialmente os de Nemes (1995), Castanheira (2002) e Britto e Alves (2003).

Optamos, baseados nesses estudos, por um modelo avaliativo fundado no contraste entre o plano ético-normativo do programa em estudo e seu plano operativo. São analisadas as reconstruções que as prioridades, normas de funcionamento e padrões de ação estabelecidos no plano propositivo do Programa Nacional de DST e Aids sofrem ao serem transpostos para o plano concreto da APS.

Nos estudos de avaliação de implantação, a baixa definição tecnológica muitas vezes é o que dificulta a delimitação clara do que consistiria a adequada implantação do programa (NEMES, 2001). Esses estudos requerem do avaliador um considerável grau de abstração e a tomada de decisão, com base no conhecimento sobre o objeto, sobre os componentes do programa que comporão a avaliação. O essencial é que tal escolha não se dê de forma arbitrária, que não sejam relativizados os valores e princípios que embasam o programa e que se busque compreender o contexto em que a implantação ocorre, identificando processos e resultado intermediários que podem ser extremamente valiosos (BODSTEIN, 2002).

No caso do presente estudo, a tomada de decisão sobre os componentes que seriam avaliados foi necessária não apenas em função da pouca clareza na definição dos modos de operacionalização das ações de prevenção, como também pela variedade de propostas existentes em diversos documentos de diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde (Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Atenção Básica, Programa Nacional de DST/Aids) que referem sua implantação nos serviços de atenção primária.

Norteados pelas considerações de Bodstein (2002) e Nemes (2001), selecionamos as atividades a serem avaliadas, tomando como referência principal entre os documentos normativos existentes o que fora publicado mais recentemente e que apresenta propostas mais abrangentes - *o Caderno de Atenção Básica nº 18: HIV, hepatites e outras DST*.

As ações tomadas como referências para avaliação foram:

- Realização de atividades informativas sobre prevenção das DST/aids, nas unidades de saúde e na comunidade, nos atendimentos individuais e grupais, como visitas domiciliares, sala de espera e consultas. Recomenda-se que as atividades sejam realizadas respeitando-se o limite dado pelo usuário e pelo tipo de atividade. Por exemplo, as atividades de sala de espera favorecem o uso de recursos educativos, como vídeos, enquanto que as consultas são oportunidades para aprofundamento do

conhecimento sobre as situações de vulnerabilidade dos usuários, permitindo o diálogo aberto sobre uso de drogas e práticas sexuais (BRASIL, 2006; BRASIL, sem data/a; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2005b).

- Realização de ações de aconselhamento, desenvolvidas individualmente ou em grupos, em vários momentos do atendimento, principalmente na oferta da testagem para HIV, sífilis e hepatites (BRASIL, 2006; BRASIL, sem data).
- Diagnóstico precoce das DST, HIV e hepatites, com aconselhamento, para população em geral e para grupos específicos, como gestantes e portadores de tuberculose e DST (BRASIL, 2006; BRASIL, 2005b; BRASIL, 2004b; BRASIL, sem ano; BRASIL, sem ano/a).
- Tratamento adequado da maioria das DST (BRASIL, 2006).
- Prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2006).
- Identificação das pessoas, famílias e áreas de maior vulnerabilidade, facilitação e promoção de seu acesso ao serviço de saúde e aos insumos de prevenção (BRASIL, 2006; BRASIL, sem data/a).
- Envolvimento da comunidade e outros equipamentos sociais locais (como as organizações não-governamentais) nas ações de prevenção das DST/aids, promovendo a mobilização e a sensibilização da comunidade (BRASIL, 2006; BRASIL, sem data/a).
- Encaminhamento dos casos que não competem à APS para atendimento de demais níveis de atenção, realizando acompanhamento conjunto com os serviços especializados (BRASIL, 2006).

Para o desenvolvimento de todas essas ações, os profissionais devem ter conhecimentos atualizados sobre as DST/aids e a equipe deverá ter mecanismos de compartilhamento de informações sobre a situação dos usuários e famílias acompanhados, particularmente daqueles em situação de maior vulnerabilidade.

Por se tratarem de ações de assistência a pessoas vivendo com HIV ou portadoras de hepatites, algumas propostas dos documentos de referência não foram incluídas neste estudo. São elas: aconselhamento para adesão à terapia anti-retroviral instituída e às recomendações da assistência feitas pelos serviços especializados; atuação conjunta com os

serviços especializados no tratamento da dependência química e na assistência aos usuários de drogas portadores do HIV e/ou de hepatites virais; acompanhamento de portadores de hepatites virais assintomáticos; assistência domiciliar aos pacientes portadores de aids, atuando de forma integrada com a equipe de assistência domiciliar terapêutica (ADT/aids).

A partir da definição das ações que seriam avaliadas e considerando a forma como está proposta sua implantação nas unidades de atenção primária, dois conjuntos foram estabelecidos para captação e análise dos dados: o primeiro, composto por ações de prevenção das DST/aids que se integrariam a outras previamente realizadas pelos serviços, como, por exemplo, a incorporação das orientações sobre uso de preservativo nas visitas domiciliares; e o segundo, das inovações tecnológicas que compõem as ações específicas de DST/aids, como a disponibilização do teste anti-HIV com aconselhamento para pessoas que o buscam por demanda espontânea.

Esses conjuntos orientaram a construção dos instrumentos de pesquisa, o trabalho de campo e a leitura do material coletado, bem como sua categorização e análise.

III. SELEÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O estudo empírico foi realizado em uma unidade de saúde da família, localizada em município da região metropolitana de São Paulo², no período de julho a outubro de 2006.

Para sua seleção, foi realizada uma etapa de exploração do campo (MINAYO, 2004), que consistiu, inicialmente, na consulta a informantes-chave do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, a partir dos seguintes critérios: existência de rede de atenção primária organizada; existência de Programa Municipal de DST/Aids consolidado; e priorização, no âmbito da gestão, da implantação das ações de prevenção das DST/aids na rede de APS. Foi também critério de seleção do município sua localização geográfica, por ser esta condição de viabilidade do estudo.

Seguindo na exploração do campo, a unidade de saúde foi selecionada por consulta à coordenação do Programa Municipal de DST/Aids e por meio da realização de visitas da pesquisadora principal às três unidades de saúde indicadas. Foi selecionada a unidade que

² O nome do município não será citado por questões éticas, pois poderia resultar na identificação de alguns dos entrevistados.

melhores condições apresentou, considerando-se: participação no processo de implantação das ações de prevenção realizadas pelo Programa Municipal de DST/Aids; relato de existência de atividades de prevenção de DST/aids e de outros agravos e de espaço físico adequado à sua realização; concordância da gerência do serviço em participar do estudo; e organização pela Estratégia de Saúde da Família.

Esses critérios foram estabelecidos com vistas à seleção de um local de estudo que não apresentasse graves problemas estruturais ou políticos, que poderiam interferir na produção dos dados. Um possível viés criado por essa seleção é a aplicabilidade restrita da análise a contextos de condições “ideais”. Porém, a viabilidade deste estudo está diretamente relacionada à existência dessas condições, tanto em termos materiais quando de disposição tecnológica do serviço para realização das ações de prevenção.

Durante o processo de seleção e visita às três unidades, a pesquisa foi apresentada aos gerentes. Uma vez selecionado o serviço de saúde onde seria realizado o estudo, foi feita uma apresentação aos demais profissionais da equipe em uma reunião. Para os profissionais da equipe que não participaram da reunião, foram feitas apresentações individualizadas, conforme a disponibilidade de cada um.

IV. INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Todos os instrumentos foram elaborados em função da perspectiva teórica do trabalho, apoiados em investigações empíricas já realizadas sobre a organização tecnológica por Nemes (1995), Castanheira (2002) e Britto e Alves (2003).

A etapa inicial do trabalho consistiu no aprofundamento da análise sobre o plano discursivo da proposta de implantação das ações de prevenção das DST/aids na rede de APS, realizado por meio de análise documental e complementado por entrevistas realizadas com os coordenadores municipais de DST/aids. Estas entrevistas tiveram como objetivo apreender a organização da política municipal de controle destes agravos e o papel designado no município à implantação das atividades de prevenção da aids nos serviços de atenção primária à saúde (anexo 1).

Os demais dados empíricos foram coletados com o objetivo de construir o perfil tecnológico do trabalho realizado na unidade de saúde da família tendo como referência a

noção de integralidade e de identificar as dimensões indicativas das maiores possibilidades de operacionalização das tecnologias específicas voltadas para a prevenção das DST/aids. Seguiram-se as seguintes etapas:

- Entrevista com o gerente da USF, a partir da qual foram definidos os momentos do trabalho prioritários para observação (anexo 2).
- Entrevistas com profissionais de saúde envolvidos nas atividades de prevenção das DST/aids realizadas na unidade, para as quais foram utilizados também roteiros semi-estruturados (anexo 3). Foram entrevistados: duas auxiliares de enfermagem, um médico, três agentes comunitárias de saúde e um enfermeiro (este último também responsável pela gerência da unidade).
- Observação direta e sistemática do conjunto das atividades desenvolvidas na unidade de saúde, utilizando roteiro semi-estruturado (anexo 4). Esta foi considerada a principal fonte de coleta de dados, por permitir apreender todos os componentes do processo de trabalho da USF. Esta é também a técnica considerada mais adequada para a apreensão das relações entre os planos ético-normativo e técnico, por meio de comportamento, falas e atitudes dos sujeitos envolvidos na realização concreta do trabalho (NEMES, 1995). Foram observados: atendimento da recepção e sala de espera; consultas de enfermagem; coleta de papanicolaou; visitas domiciliares; grupos de hipertensão e diabetes, papanicolaou e planejamento familiar; consultas médicas de puericultura, ginecologia, pré-natal e adolescentes; reunião de equipe; e reunião de supervisão das ACS (reunião de dispersão).
- Observação direta das atividades especificamente dirigidas à prevenção das DST/aids ou que a incorporam como parte da atividade, desde que consentidas pelo profissional e pelo usuário envolvidos no atendimento. Os itens para observação destas atividades estão detalhados no roteiro de observação geral da unidade, nos itens 4 e 5 (anexo 4).
- Coleta das informações sobre os instrumentos de registro utilizados pela unidade, a partir da consulta a prontuários e de indagações feitas diretamente aos profissionais de saúde.

Todas as observações foram feitas pela pesquisadora principal e por um pesquisador auxiliar, devidamente capacitado para o trabalho. Foram registradas num diário de campo, tendo como referência o roteiro de observação.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, gravadas sob autorização dos entrevistados e transcritas literalmente.

As consultas também foram gravadas sob consentimento verbal dos profissionais e usuários e foram transcritas literalmente.

Os métodos foram triangulados, sendo que a observação foi considerada a fonte mais fidedigna nos casos de divergência de informações. A validade das informações é assegurada pelo quadro teórico que guia a coleta do material e sua análise e, complementarmente, pela discussão entre os pesquisadores envolvidos no estudo.

V. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Como referência metodológica para análise, utilizamos as contribuições de Minayo (2004), Deslandes (1997) e as avaliações baseadas no mesmo quadro teórico, previamente citadas.

O material transcrito e digitado foi organizado conforme os conjuntos tecnológicos estabelecidos pelo estudo, orientado pela noção de integralidade e pelas categorias avaliativas do estudo, previamente detalhadas.

No primeiro momento, o material foi submetido à leitura “vertical”, feita em diversos passos:

- a. Visando delinear o perfil tecnológico da USF, as observações e o discurso de cada um dos entrevistados foram organizados em quadros referentes aos momentos do fluxo de atendimento da USF (por exemplo: recepção, consultas, visitas domiciliares – ver modelo no anexo 5) ou a concepções sobre aspectos relevantes do seu trabalho (concepção de saúde da família, de prevenção).
- b. Durante esse processo, foram identificadas as atividades voltadas à prevenção das DST/aids e estas foram organizadas em dois quadros: o das atividades cuja finalidade principal é a prevenção das DST/aids e o

daquelas que têm finalidades distintas, mas que incorporaram a prevenção.

- c. Em seguida, o material foi reagrupado em blocos de atividades inter-relacionadas. Por exemplo, as descrições sobre clientela, equipe, demandas mais freqüentes e estrutura foram agrupadas num bloco de características gerais da USF; as atividades de coletas de exames, medicação e curativos foram agrupadas num bloco intitulado “procedimentos”; as consultas médicas foram divididas em consultas gerais, utilizadas na análise do perfil tecnológico da USF, e consultas relacionadas à prevenção das DST/aids, que passaram a compor a análise do perfil tecnológico destas atividades específicas.

O momento seguinte da análise consistiu na leitura horizontal do material categorizado, buscando descrever cada um dos momentos do processo de trabalho e identificar semelhanças e diferenças entre os diversos discursos e as observações, ordenando e dando inteligibilidade ao conjunto de informações disponíveis para cada momento estudado.

Para ampliar a validade interna da análise, os momentos de leitura compreensiva do material foram realizados em “idas e vindas” e as interpretações feitas foram discutidas nas orientações.

Durante todo esse processo, a análise do material esteve orientada pelos planos ético-normativos da atenção primária no Brasil e do Programa Nacional de DST e Aids e foi direcionada pelas categorias avaliativas que embasam este estudo, descritas a seguir.

VI. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa obedece à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1997). Está garantido o sigilo quanto à identidade dos entrevistados, à confidencialidade das informações e à liberdade de participação.

O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi apresentado a todos os sujeitos entrevistados, antes do início da entrevista. Sua apresentação foi feita por escrito

em duas cópias e verbalmente pela pesquisadora, sendo assinado por ambos (Anexos 6 e 7). Para observação das consultas, foi solicitado consentimento dos profissionais e dos pacientes.

O estudo foi realizado a partir da anuência do gerente municipal responsável pelas ações de DST/aids no município e do gerente da unidade de saúde selecionada (anexos 8 e 9).

O processo de inclusão dos sujeitos de pesquisa teve como critério principal seu envolvimento na realização das ações de prevenção da aids na unidade de saúde. Os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa pela própria pesquisadora.

As entrevistas foram agendadas em horários previamente estipulados, de acordo com a disponibilidade dos profissionais de saúde e respeitando a dinâmica institucional da unidade de saúde da família.

O processo de investigação foi iniciado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. O estudo foi posteriormente submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPesq), pelo qual também foi aprovado.

Uma vez concluída a análise preliminar dos dados, foi realizada reunião para apresentação e discussão dos resultados para a equipe de saúde da família e a coordenação do Programa Municipal de DST/Aids. O documento com a síntese dos resultados entregue à equipe e à coordenação e o relato deste encontro estão detalhado nos anexos 10 e 11, respectivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

I. AS AÇÕES DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA

No município estudado, o investimento na implantação das atividades de prevenção das DST/aids nas unidades de APS iniciou-se em 1996, com a instituição da disponibilização de preservativos para todos os usuários, em todos os serviços da rede. No ano seguinte, foi feito amplo investimento no treinamento de profissionais para o tratamento das DST por abordagem sindrômica e, a partir de 1998, o investimento voltou-se para a efetiva incorporação das ações de DST/aids no protocolo do pré-natal, por meio de uma atuação conjunta dos Programas Municipais de Saúde da Mulher e de DST/Aids. Em 2003, com a campanha de ampliação da testagem para o HIV, lançada pelo Ministério da Saúde (campanha “Fique Sabendo”), o município investiu no treinamento das equipes de PACS e PSF para captação e encaminhamento de usuários para testagem no CTA municipal.

Foi a partir da reflexão propiciada pelo processo de descentralização da testagem anti-HIV proposto pela Campanha Fique Sabendo que o movimento de atuação junto à rede de APS ganhou uma nova concepção no município, substituindo o foco em ações específicas pela noção de incorporação da prevenção às DST/aids como um componente do processo de trabalho das unidades de APS:

“A gente foi conversar com a técnica da Coordenação Estadual porque o nosso desenho era que nós estávamos montando um CTA por região. E ela que deu um toque, ela falou ‘porque que vocês não montam esse desenho como sendo de prevenção na atenção básica?’. Então, a partir desse toque dela, a gente reflete que realmente era muito importante que essa atividade fosse absorvida como uma atividade habitual da rede”. (Coordenadora 2)

A motivação para a implantação, segundo relata uma das coordenadoras municipais, é dada pela percepção de que esta representaria uma estratégia eficaz de resposta às mudanças nos padrões epidemiológicos da aids. O potencial de contribuição atribuído pelo Programa Municipal à APS é grande:

“Todos os papéis da prevenção podem ser reproduzidos na atenção básica, de acordo com determinadas tarefas, dentro da sua lógica”. (Coordenadora 2)

A implantação das ações na rede teve como objetivo ser uma estratégia de ampliação da cobertura e do acesso a estas atividades, especialmente para os moradores das regiões mais periféricas do município:

“Em 2003(...) a gente falou vamos começar a descentralização do CTA, começar a ver quais as unidades estratégicas lá na região 3(...), por conta do quê? Primeiro o acesso, melhorar o acesso dessa população a esse tipo de [procedimento] (...). Então a gente começou com o (nome do bairro), que é a primeira unidade que a gente faz a descentralização na lógica do acolhimento, do aconselhamento e testagem (...) porque a gente sabia que pré-natal naquela região era complicado (...). É em 2003 que a gente começa toda essa questão de descentralização das ações na rede de atenção básica, voltada pra qualidade, não só quantidade, mas pra qualidade do atendimento”. (Coordenadora 1).

A estratégia escolhida para efetivação da implantação das atividades foi a capacitação dos gerentes (e, eventualmente, de outros membros da equipe) das unidades de APS para realização das atividades de testagem e aconselhamento. A isso, se seguiriam atividades de supervisão e monitoramento de todas as atividades de prevenção implantadas nos serviços, realizadas pelo próprio Programa Municipal de DST/Aids.

As dificuldades reconhecidas pela coordenação do Programa para a efetivação das atividades são atribuídas, sobretudo, a duas questões principais: a prioridade das tarefas administrativas por parte da rede de APS e a persistência do modelo de atenção centrado nas atividades médicas, que dificulta, principalmente, o acesso de segmentos mais vulneráveis aos serviços:

“Eu acho que falta o Departamento de Atenção Básica investir mais na questão técnica, porque ele investe e cobra mais nas questões administrativas: se a fechadura quebrou, se tá faltando papel higiênico (...). E briga-se por coisas ‘Ah, como esse funcionário vai sair de férias?’ (...). Agora, se uma criança vai nascer com sífilis congênita ou não, não se cobra, não é o que se dá importância (...). É uma dificuldade imensa pra você conseguir hoje o atendimento das populações mais vulneráveis na lógica da atenção básica, pra eles acessarem algum tipo de serviço (...). Quando você capta essas populações (...) não dá pra você falar assim

‘Ah, vou agendar pra tal dia’, essa população tem uma outra lógica de vida (...). E a atenção básica é muito médico-centrada. E gente acha que não tem que ser médico-centrada (...), tem que estar voltado pra promoção da saúde’.
(Coordenadora 1)

“O que acontece é que a atualização das equipes, as tecnologias são muito voltadas para aquelas condições ‘pré SUS’. É a puericultura, o clínico, então, abrir o espaço, a mente, o olhar para determinadas populações seria interessante (...).”
(Coordenadora 2)

Como estratégia de superação dessas dificuldades, uma nova forma de articulação com a rede de APS encontrada pelo Programa Municipal foi a negociação com outras áreas programáticas da Secretaria Municipal de Saúde, com a finalidade de facilitar a inclusão de segmentos mais vulneráveis nos serviços. Por exemplo, negociou-se a dispensa da exigência de 72 horas de abstinência sexual para realização do papanicolaou no caso de mulheres profissionais do sexo ou usuárias de drogas. Também é feita a intermediação direta com os serviços para o atendimento desses segmentos, quando demandada pelos profissionais.

A coordenação do Programa Municipal de Aids reconhece, porém, que a contribuição da APS tem limitações que devem ser respeitadas e que é preciso articulação com outros serviços e níveis de atenção para que a atenção integral no campo da prevenção das DST/aids seja factível. Assim, reconhece que é seu papel oferecer os dispositivos tecnológicos necessários para que as ações sejam, de fato, apropriadas pelos serviços de APS em seu processo de trabalho:

“A gente visualiza que a atenção básica tem a possibilidade de assumir todas as populações que estão dentro do seu território. Então, se naquele território tem usuário de droga, naquele território tem profissionais do sexo e tem morador de rua, obviamente, o povo lá da atenção básica não precisa ter toda a tecnologia para lidar com cada uma daquelas situações, aciona a gente, a gente vai dividir essa tecnologia, a gente vai apoiar aquela população dentro daquele local. (...) O Programa não pode ser preconceituoso com a atenção básica (...). Quem está

visualizando que são necessárias inovações tecnológicas, o demandante, é que tem criar estratégia, tem que ampliar seu espaço, não vai querer, só porque eu falei que a atenção básica tem capacidade de fazer aconselhamento, os caras da atenção básica vão ter que aceitar porque eu sou o maior especialista. Isso é uma coisa absurda! Tem que construir (...), você tem que atuar na estrutura(...) E isso não é assim, 'tem que ser devagar e sempre', não precisa nem ser devagar, tem que ser consistente e solidário, tem que ser apoiado.(...) E ao passar isso para rede a gente está introduzindo uma nova tecnologia e dividir isso como um ganho, porque efetivamente é um ganho, é fantástico! As unidades básicas que fazem testagem, que atendem travestis como referência, adoram falar sobre isso, as gerentes têm muito orgulho de dizer 'a gente atende, nós temos uma parceira com a redução de danos'. Então é isso, apoio técnico e muita negociação". (Coordenadora 2)

II. O PERFIL TECNOLÓGICO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)

i. Características gerais da USF

A unidade de saúde da família (USF) estudada está localizada numa região bastante periférica do município, separada da região central pelo rio que o corta. É uma região pobre, com áreas de favela, onde o saneamento básico distribui-se de forma desigual, estando ausente das áreas de habitação mais precárias do bairro. Além da USF, há outra unidade básica de saúde (UBS) na região, à qual o serviço estudado pertencia originalmente. A UBS atende aos moradores do bairro que não estão na área de abrangência da USF.

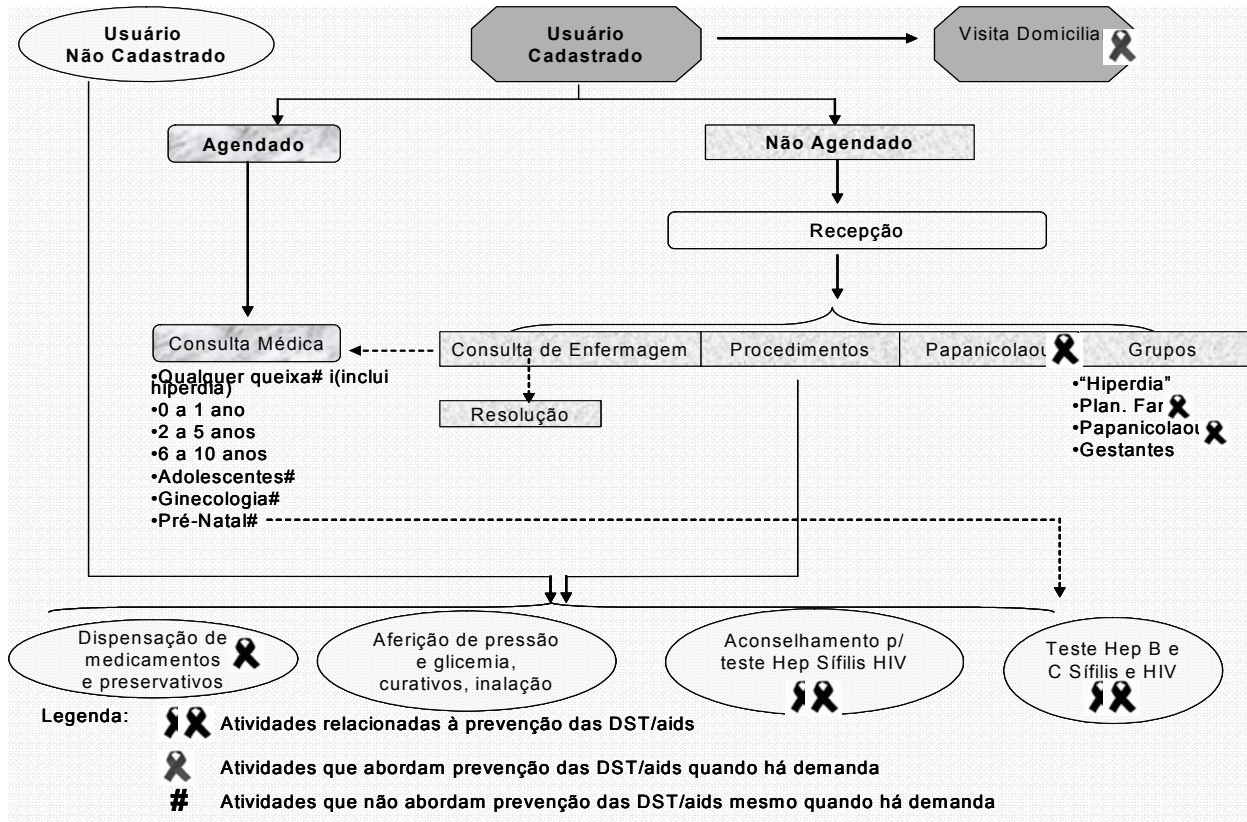
A USF está instalada numa casa recém reformada, com partes ainda em obras. A recepção e a sala de espera são os espaços centrais. Além deles, a unidade conta com: um arquivo; dois consultórios (um médico e um de enfermagem); sala de coleta; sala de medicação; sala de vacinação; sala de inalação; farmácia; sala de material de limpeza; cozinha; e três banheiros (um público, defronte à sala de espera; um dentro do consultório médico; um na área dos fundos, de uso exclusivo dos profissionais da equipe). Os espaços em construção são uma sala de reuniões e atividades de grupo, uma sala de expurgo e uma sala para as ACS.

A equipe é formada por oito gentes comunitárias de saúde (ACS), um enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem, um médico, uma auxiliar administrativa e uma auxiliar de serviços gerais, compondo uma equipe mínima de SF.

A USF está aberta ao público das 7h30 às 17h00. A maioria dos profissionais faz seus atendimentos nesse horário, exceto uma auxiliar de enfermagem e a recepcionista, que atendem das 7h30 às 16h30 em função das coletas que são realizadas das 7h30 às 8h30. Auxiliares, enfermeiro e recepcionista permanecem na unidade em tempo integral, inclusive durante o horário de almoço. As ACS têm horários de chegada e saída da unidade bastante variáveis, já que grande parte de seu trabalho é feita na comunidade. O médico permanece cerca de duas horas por período na USF.

As atividades da USF dividem-se em: visitas domiciliares; consultas médicas; consulta de enfermagem; procedimentos de coleta para realização de exames laboratoriais; procedimentos de vacinação, curativos, aplicação de medicações injetáveis, aferição de pressão arterial e glicemia capilar; dispensação de medicamentos e preservativos; coleta para papanicolaou; realização de teste de gravidez; grupos de hipertensão e diabetes, planejamento familiar e exames; oferta de testagem e aconselhamento para HIV, sífilis e hepatites; tratamento supervisionado dos casos de tuberculose (figura 1).

Figura 1: Fluxograma da Unidade de Saúde da Família



A função de gerente é exercida pelo enfermeiro. Ele realiza as consultas de enfermagem, procedimentos de vacinação, curativos, aplicação de medicações injetáveis, aferição de pressão arterial e glicemia capilar e realização de teste de gravidez. Faz visitas domiciliares para alguns casos específicos e é responsável pela condução dos grupos de planejamento familiar, exames e gestantes, além de acompanhar as ACS na condução dos grupos de hipertensão e diabetes. É o responsável exclusivo pela realização das atividades de testagem e aconselhamento para HIV, sífilis e hepatites realizadas para a população geral e pelo tratamento supervisionado de pacientes com tuberculose.

As auxiliares de enfermagem compartilham boa parte das atividades com o enfermeiro, realizando também procedimentos de vacinação, curativos, aplicação de medicações injetáveis, aferição de pressão arterial e glicemia capilar e realização de teste de gravidez. São responsáveis pelas coletas para realização de exames, inclusive do papanicolaou, acompanham as ACS nos grupos de hipertensão e diabetes e conduzem

grupos de planejamento familiar, exames e gestantes. Auxiliam o médico na realização de consultas de gestantes e nos exames ginecológicos, fazem visitas domiciliares para realização de curativos, ou acompanhando o médico ou o enfermeiro, ou ainda quando alguma ACS solicita ajuda no atendimento a um usuário.

“Nós somos uma equipe, então, se um está fazendo uma coisa o outro vai e faz outra, vamos revezando, não tem especificamente ‘você vai fazer isso ou aquilo’, aqui é uma unidade em que todo mundo faz tudo. Obviamente que, por exemplo, a coleta de papanicolaou e a vacina BCG, as auxiliares fazem sob a minha supervisão. Tuberculose e HIV sou só eu”. (Enfermeiro)

O médico dedica-se quase exclusivamente à realização de consulta médicas dentro da unidade. Além disso, realiza visitas domiciliares uma vez por semana para pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção.

“O médico faz as consultas, às vezes a gente precisa, ele vai atender um paciente também. Por exemplo, eu vou colher uma prevenção, vejo uma coisa muito estranha e quero que ele veja, ele vai até lá ver. É o atendimento de médico mesmo”. (Auxiliar 1)

As ACS são responsáveis pelo cadastramento e descadastramento das famílias. Realizam visitas domiciliares a todas as famílias da área de abrangência da USF e conduzem os grupos de hipertensão e diabetes. Por meio das visitas, são responsáveis pelo mapeamento de possíveis problemas e pela informação dos mesmos à gerência da unidade. Seu trabalho é percebido como primordialmente na comunidade, mas auxiliam também em atividades internas à unidade que se confundem com atividades administrativas, como recepção e dispensação de medicamentos:

“A função do agente, dentro da unidade, seria mais a parte do grupo, eu acho que a gente realmente é mais nas visitas, mas a gente acaba ficando aqui por causa dos grupos e pra ajudar no funcionamento da unidade, mas acho que aqui dentro a gente não tem muito uma função”. (ACS 2)

Tanto por parte da ACS quanto dos demais profissionais, parte importante do papel reconhecido como das agentes é trazer os usuários para dentro da USF:

“As agentes [fazem] as visitas domiciliares, procuram trazer o paciente para unidade, elas também fazem toda orientação de prevenção [coleta de papanicolaou]. Se tiver uma prevenção atrasada, ela pega no pé para a mulher vir. O trabalho das agentes é esse. É visita domiciliar, trazer esse paciente pra unidade, pra gente estar resolvendo os problemas desse paciente”. (Auxiliar 1)

“Primeiro de tudo, acho que assim, nós somos o alicerce da unidade porque é a gente que traz a (...) comunidade pra cá e a gente leva informação daqui pra comunidade, é uma ligação que tem, uma formação de opinião no meio da comunidade e aqui dentro”. (ACS 1)

A auxiliar administrativa é responsável pelo atendimento na recepção da unidade, onde são realizados agendamentos de consultas, dadas informações diversas e encaminhados os usuários para os demais profissionais da USF. Além disso, é responsável pelo fechamento dos relatórios de produção que são enviados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), pelo controle de medicamentos e solicitação de materiais e insumos.

A clientela da unidade, tanto percebida nas observações como relatada pelos profissionais, é composta principalmente de mulheres em idade reprodutiva, crianças e idosos. Em todas as observações, a quase totalidade dos usuários na sala de espera da USF era composta por mulheres adultas e adolescentes e por crianças e idosos de ambos os sexos.

“Oitenta por cento do sexo feminino e a faixa etária varia, mas muito poucos jovens, são mais idosos e mulheres”. (Enfermeiro, descrevendo a clientela da unidade).

Quando descrevem as características dos moradores de sua microárea, as ACS identificam outros grupos relevantes, mas nenhum profissional da equipe os relatou entre os mais atendidos na USF:

“Na minha área é mais adulto, entre vinte anos, trinta e cinco, são adultos jovens, (...) tem bastante adolescente (...). Tem mais mulher, várias mulheres sozinhas com as crianças”. (ACS 2)

“[É uma área que] tem mais idosos, mas eu tenho mais idosos homens, mulheres são poucas. Tem muito homem que não é casado, eles moram sozinhos, é mais homem”. (ACS 1)

Outra característica comum da clientela na percepção dos profissionais é a baixa renda, que faz com que seja uma comunidade que, na percepção deles, precisa muito do atendimento prestado pela USF:

“Em relação à razão classe social, esse é um bairro mais pobre, em que a população é, na sua maioria, de classe baixa e que necessita dos profissionais e da unidade de saúde, bem como dos medicamentos que nós dispomos aqui”. (Médico)

“É uma população muito carente, de um nível cultural, assim, quase não tem. São pessoas difíceis de trabalhar, pessoas problemáticas, mas pessoas que eu considero que precisam de ajuda, que precisam muito do PSF, embora eles não saibam o potencial que tem o PSF”. (ACS 3)

O perfil da clientela não difere significativamente do classicamente descrito nos tradicionais serviços de APS, prevalecendo o atendimento de pessoas de baixa renda, principalmente mulheres em idade reprodutiva, crianças e idosos. Embora haja um positivo reconhecimento das ACS da presença relevante de outros segmentos entre a população de suas microáreas, como homens adultos solteiros e adolescentes, isso não se reflete na inclusão destes grupos nas atividades internas da USF.

Durante as observações, foi possível constatar que os serviços mais buscados pela população na USF são a retirada de medicamentos e as consultas médicas, seguidas pelos procedimentos de coleta para exames.

Alguns profissionais consideram a clientela bastante receptiva aos serviços ofertados pela USF e fácil de lidar:

“Tudo que a gente oferece eles aceitam numa boa. Olha, desde que eu estou aqui, não peguei nenhum usuário que não acompanhasse o tratamento, que não viesse aos grupos, eu não tenho usuário difícil, eles procuram a unidade de uma forma muito boa. Eu não tenho dificuldade com minha população”. (Enfermeiro)

“Os meus cadastrados (...) são aquelas pessoas constantes, pessoas que eu vejo desde 2000 até hoje, então são pessoas, assim, que criaram um vínculo comigo, com a comunidade, aqui com o posto, são pessoas que gostam do programa realmente (...). No começo a gente teve que estar explicando como que ia ser o programa, que eles estavam acostumados com o esquema do posto, com um clínico, um GO, um pediatra, e aí ia ter um único médico pra fazer tudo isso, então eles questionaram muito, mas hoje em dia a maioria adere, aceita, gosta do serviço, gosta das agentes de saúde, a gente vê que eles procuram muito a gente (...). Tem muitas pessoas que valorizam”. (ACS 2)

Mas essa não é uma opinião compartilhada por todos. Ao contrário, alguns profissionais consideram que a clientela é difícil, seja por suas características culturais, seja pelo desinteresse no cuidado com a saúde ou mesmo pela dificuldade de aceitar o funcionamento da Saúde da Família:

“São (...) muitas pessoas nordestinas, que às vezes vêm com a cultura de lá de trás, dos avós, dos antepassados, aí quando você vai passar uma orientação, porque a avó dele falava que o ‘chá de não sei o que’ faz bem, se você tentar falar o contrário, que aquilo não faz bem, é muito difícil de combater isso, porque tem uma cultura que já vem vindo (...), entendeu? Então você tem que ficar um tempo trabalhando em cima disso, mas muita gente não aceita”. (ACS 3)

“Não é que [a comunidade] tem pouca informação, é que às vezes a pessoa não procura mesmo. Hoje (...) passa na televisão toda hora, mas tem gente que não se importa. Muitas vezes é o próprio descuido da pessoa mesmo, porque informação elas têm bastante (...). Então é muito descuido mesmo, um pouco”. (Auxiliar 2)

Os usuários reconhecidos unanimemente pela equipe como os mais difíceis são justamente aqueles que respondem pela maior demanda: hipertensos e diabéticos. As queixas ginecológicas são apontadas como responsáveis pela maior procura por parte das mulheres e também aparecem entre as maiores dificuldades percebidas pelos profissionais:

“É difícil conscientizar um paciente hipertenso que uma vez hipertenso, ele vai ser hipertenso a vida inteira e a importância do medicamento para ele (...). Porque eles querem insistir naquilo que eles pensam. Ele acha que o que você está falando não é o que ele pensa e que o que ele pensa é que tá certo. Então a gente procura colocar a orientação na cabeça dele”. (Auxiliar 2)

“A procura seria mais assim, na área ginecológica, na minha área (...), planejamento familiar, pré-natal, consulta ginecológica. [Os mais difíceis] seriam os hipertensos, porque eles não têm consciência ainda de que o tratamento é contínuo, eles tomam quando eles querem, entendeu? Agora não, mas antes eu acho que eles até deixavam de tomar o remédio pra ir no grupos, pra chegar lá e a pressão estar alta pra poder passar em consulta (...). Agora eles estão aderindo, no começo era ambulância direto buscando eles. Eles são meio... Não sei se é por causa da idade”. (ACS 2)

“Principais demandas são os quadros de diabetes e hipertensão e muitos casos de emergência, principalmente crianças apresentando febre alta, tosse, vômitos, muitas vezes diarreia (...). Os pacientes mais difíceis estão justamente na área de hipertensos e diabéticos. Porque são pacientes que na sua maioria estão por volta dos 70 anos e eles acabam não se conformando com medicamentos contínuos, diariamente, e acabam se revoltando. São pessoas que, infelizmente, não seguem prescrição médica (...). É muito difícil, não são pacientes maleáveis, são pacientes que apresentam uma certa ira (...). Muitos chegam a dizer: ‘Por que justo comigo isto foi acontecer?’”. (Médico)

“E uma outra parte [dos usuários difíceis] é mulher pra pânico. (...) Muitas vêm só em época de campanha”. (ACS 1)

Há consenso entre os profissionais de que a unidade de saúde da família oferece condições para que um cuidado adequado seja prestado aos usuários. Todos, exceto uma ACS, relacionam as dificuldades encontradas no atendimento exclusivamente com situações externas ao trabalho da USF, seja associando-as às dificuldades de referência e contra-referência, seja às características dos usuários:

“Acho que sim [a USF tem condições de responder às principais demandas], porque, se a pessoa vem procurar consulta, ela vai achar (...) se for fazer papanicolau, esse é o único posto que tem demanda livre, a pessoa chegou, de segunda a sexta, faz, justamente pra (...) dar uma chance maior pras pessoas realmente fazerem o exame. O planejamento também, se ela participa, é encaminhada (...), laqueadura não é demorado (...). O mais difícil é às vezes em relação às parcerias com as secretarias, a gente tem muita dificuldade em relação a ratos, a cachorro, e a gente não vê essa comunicação (...). Então, esses serviços, que, no caso, teriam que ser ligados com um serviço de saúde, eu acho que eles fazem falta”. (ACS 2)

“Acho que o que a gente oferece pra eles aqui tá bom. Mas o que acontece? Tem apoios que a gente vai precisar que não dependem de nós. Por exemplo, um hipertenso, o doutor solicita alguns exames que precisa ir pra agendamento, eles têm que esperar, às vezes demora. Tem muita coisa que fica a desejar no atendimento, mas não aqui da unidade, são coisas saindo daqui, coisas que precisam fazer pra fora. Eu acho que aqui eles têm tudo que precisam, têm orientação, têm medicação, têm a consulta, os exames que são feitos a cada seis meses (...). Muitos não estão contentes, porque às vezes têm alguns que não são contentes com nada, mas a maioria eu acho, eu acho, não, tenho certeza, o atendimento é bom. Eu me ponho no lugar do paciente, uma paciente que tem interesse, que vai no grupo, eu acho que a gente não fica muita coisa a desejar, não”. (Auxiliar 1)

“Os desconfortos (...) são as barreiras. Porque tem coisas que não dependem da gente. Quando tem um remédio que a pessoa não tem condições de comprar, não tem como ajudar de outra forma, isso é desconfortável. Querer, às vezes, agilizar uma coisa e não conseguir horário, às vezes nem é da área da saúde mesmo, é mais de assistência social, ou problema de educação. A gente vai até onde pode, mas às vezes não tem como ajudar. (...) A gente sempre passa pro enfermeiro, pro médico, quando é alguma especialidade, assim, a gente tenta resolver, liga para um, liga para outro, mas nem sempre dá certo. Às vezes, quando consegue, a pessoa não vai, a família não leva e aí pessoa vem cobrar?! Porque o problema das famílias é que às vezes eles querem que a gente faça o que eles não fazem. Tem um ponto, até um ponto a gente pode ir, mas tem que a família dar continuidade nisso. E aí a família acha que não, acha que qualquer hora que chega aqui o médico tem que atender, não é assim que funciona, tem o agendamento, tem outras coisas, outras atividades, mas eles não entendem isso (...). Nem tudo é a gente que resolve”. (Auxiliar 2)

“Se este paciente colaborar consigo mesmo ele vai ter que ter uma qualidade de vida melhor, de uma forma que ele pode avançar no tempo, adquirir mais idade, fazer com que a sua vida seja mais prolongada, quando existem os cuidados que devem ser tomados (...). [E se não forem], esse paciente tende, então, a apresentar problemas muito graves e sérios, que leva na maior parte das vezes ao óbito. Isso acaba acontecendo por um descuido da doença”. (Médico)

“[O que causa desconforto] é eu ver problemas e não ter solução, que muitas vezes acontece. (...) Eu ver um paciente que precisa de uma especialidade, eu sei que ele vai passar no médico, o médico vai dar uma guia pra ele, aquela guia vai pro agendamento e vai ficar. Só que assim, se ele me pergunta, sabe, preocupado, o que é que houve, qual o problema, e eu sei que vai demorar, eu tenho que mascarar a situação. É terrível.(...) [Isso acontece também] dentro da unidade”. (ACS 3)

Apesar dessa percepção dos profissionais de que todas as dificuldades são externas à USF, observam-se freqüentemente queixas dos usuários em relação ao atendimento da unidade, por motivos diversos:

(Observação de sala de espera)

Uma usuária que está esperando atendimento para coleta desiste de aguardar e vai embora declarando: ‘Esse lixo não atende ninguém!’

(Observação de sala de espera)

ACS 5, conversando com recepcionista:

ACS: Ah, na minha área também é assim. Tem gente que me ama e gente que me odeia. A gente não consegue agradar todo mundo, não é mesmo? (indagando à pesquisadora).

Pesquisadora: É. As pessoas reclamam muito?

ACS: Reclamam. E pra gente! (...)

Pesquisadora: Do que elas reclamam?

ACS (sussurrando): Da recepção, do doutor. Principalmente da recepção.

Pesquisadora: O quê, que demora muito?

ACS: Não, de orientação, tratamento, que não explicam direito. Do doutor também, falam que ele não é muito assim, não deixa muito as pessoas à vontade. Falam que ele é muito seco, não conversa, só faz escreve o que precisa e pronto. (...) Reclamam também do enfermeiro, que ele dá ‘piti’. E isso você já viu que é verdade! (Risos).

Há um fluxo estabelecido para o recebimento de queixas formais na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Os usuários devem registrar a queixa por escrito na SMS, que fica no centro da cidade. A gerência da atenção básica entra em contato com a unidade para verificar o fato e toma as providências cabíveis, caso julgue a queixa procedente. A USF, porém, não tem nenhuma forma de recebimento de queixas. Em geral, o que se observa é que a insatisfação dos usuários quando é externada para os profissionais da equipe costuma ser mal recebida e não resulta em modificações no atendimento, desencorajando reivindicações:

(Observação de sala de espera)

Chega uma mãe que perdeu o cartão de vacinação do filho. Instala-se uma confusão sobre o assunto, ela diz que já procurou no outro posto, que disseram que não é lá que fica guardado, que é aqui. Quer saber se eles têm o cartão ou se pode pegar o da ACS.

Auxiliar: Não, o cartão da agente não vale, o dela é o que ela copia do seu.

Enfermeiro: Gente, eu já falei, todo dia eu falo 'mãe, o cartão de vacina não pode perder, ele é que nem o seu RG'. Agora sabe o que tem que fazer? Começar o esquema vacinal todinho de novo!

Usuária: Ué, mas não tem um cartão aqui no posto?

Enfermeiro: Não, não é assim não.

A usuária se senta. Dali a pouco, chega o marido, que se senta ao lado dela. Ela conta pra ele o fato:

Usuária: O enfermeiro ficou falando 'ah, que não pode perder o cartão não sei o quê', só que eles também não têm o cartão da menina aqui. Eu sei que eu fui irresponsável, mas eles também são. Agora, ficam falando da gente. Eu assumo meu erro, mas eles não assumem o deles.

Usuário: Mas não tem o cartão da menina aqui? Tinha que ser que nem escola. Faz 20 anos que eu estudei, se for lá na escola, até hoje eles têm meus papéis. Eu não tenho, mas eles têm.

O gerente ouve a reclamação:

Enfermeiro: O que foi, senhora?

Usuária: Não, o cartão da menina. Eu sei que eu não podia perder, mas vocês também tinham que ter um aqui.

Enfermeiro: Não é assim, não. O cartão-espelho tem que ficar lá na outra unidade, é assim.

(A explicação não é clara, ninguém entende o porquê disso, já que a família é cadastrada na USF).

Usuário: Serviço público é tudo assim, eles falam que tinha que estar aqui, vocês falam que é lá, um fica empurrando pro outro, ninguém resolve nada.

Enfermeiro: Não, meu senhor, não é serviço público, o senhor não pode... é que o cartão dela não fica aqui, fica lá no outro posto.

E sai da sala de espera. A conversa continua entre o casal.

Usuário: É que nem certidão de nascimento: a gente pode perder que vai lá no cartório e pede segunda via, eles têm.

Usuária: Pois é. E se agora é pra fazer as vacinas de novo, por que não agenda logo? Ficam falando e ninguém marca as vacinas pra menina. Eu já falei pra agente. Agora, não é o trabalho delas ir em casa? Não é a gente que tem que ficar correndo atrás delas.

As tentativas de solução desses conflitos, seja por iniciativa dos usuários, seja por iniciativa da USF, são pouco resolutivas. Há usuários que relatam ter contratado convênio médico, outros que se resignam, boa parte apenas queixa-se na sala de espera. De parte da unidade, às vezes de forma implícita, às vezes bem explicitamente como visto em alguns relatos anteriores, há o julgamento de que a população deveria se contentar com o que a unidade oferece. Foram observadas, inclusive, algumas propostas de punição para usuários queixosos e relatos de uso da dissimulação como estratégia para lidar com as queixas:

(Observação de sala de espera)

Em conversa, profissionais relatam caso de uma usuária que “exigiu” encaixe, que foi negado por haver uma criança com catapora grave na frente. Usuária queixou-se da USF na UBS do bairro. Equipe considera descadastrar essa usuária, “porque ela sempre dá problema”.

“Quando eu tenho um problema, assim, de cadastrado que reclama de alguém, de algum atendimento, de alguma coisa... lógico, eu, mesmo sabendo que o outro lado da situação que tá errado, eu vou tentar mascarar, sei lá, vou inventar uma desculpa ou tentar contornar de uma certa forma, pra que ele não se descadastre e não saia do programa. Eu tô sempre assim, tentando matar um leão por dia, pra eu não ter muito descadastro. Porque, como a minha área não fica longe, então eu tenho esse problema, de muitas pessoas que não vêm até aqui”. (ACS 3)

Há fragilidade da comunicação entre a equipe de saúde e os usuários em diversos níveis. As freqüentes queixas dos usuários observadas na sala de espera da USF e os conflitos destes com a equipe revelam um desencontro entre, de um lado, a opinião dos profissionais sobre a suficiência dos serviços oferecidos e a negação da existência de problemas internos ao funcionamento da USF, e de outro, e percepção dos usuários sobre as falhas do serviço.

A recusa da equipe em admitir tais falhas atinge extremos, como a desconfiança de que os usuários deixam de seguir as prescrições *com o objetivo de adoecer* e a omissão de informações para *mascarar* dificuldades de encaminhamento ou atendimento dos usuários.

São considerados “difíceis” aqueles que não aderem adequadamente às instruções, percebidos pela equipe como culpados por seu estado de saúde quando este se apresenta debilitado. Não se observa abertura à escuta das dificuldades dos usuários; ao contrário, percebe-se a explícita desqualificação dos saberes e valores daqueles que *querem insistir naquilo que pensam* ou que *não colaboram consigo mesmos*.

O discurso dos profissionais sobre a estratégia de saúde da família revela-se bastante marcado por aspectos do plano propositivo da atenção primária, principalmente por aqueles que reforçam sua finalidade preventiva e o potencial da estratégia para estabelecimento de vínculos entre serviços e comunidade.

“Remédio pode [retirar]. Várias coisas pode (...), só passar pelo médico que não. Ai, nesses casos a gente explica pra eles que aqui não é um posto, que aqui é saúde da família, que é mais uma coisa assim de rotina”. (Recepcionista, sobre entrega de medicamentos para pacientes não cadastrados).

No entendimento dos profissionais, a finalidade preventiva se realiza, principalmente, por duas vias de atuação: o repasse de informações e orientações para os usuários dos serviços e a realização do diagnóstico precoce de alguns agravos. Isto pode ser observado na descrição que fazem das atividades preventivas da USF e na operação destas mesmas atividades:

“O exame de prevenção, vacinação também é preventivo, às vezes a medicação também é, o anticoncepcional, esse tipo de medicação é preventiva. Tem grupos também que a gente faz (...) de hipertensão e diabetes, que a gente dá palestras,

explica a importância de tomar os remédios certinhos, alimentação. (...) Então tem essas orientações que são preventivas”. (Auxiliar 2)

“[A prevenção é feita] na consulta médica e também em grupo, (...), é explicado nos grupos (...) a importância de estar nos procurando, de fazer auto-exame de mama, colher exame, fazer coleta de papanicolaou para estar evitando esses tipos de enfermidade”. (Enfermeiro)

“Atividades de prevenção seriam a orientação na visita domiciliar específica pra cada família. Por exemplo, se na área tem uma gestante vai tá falando um tipo de orientação, um tipo de prevenção (...), um hipertenso, [a gente orienta] a tomar o remédio direito, acompanhar uma dieta, beber muito líquido, estar participando dos grupos. E aí grupos no geral, né?”. (ACS 2)

Essas atividades não contam com protocolos específicos que orientem a atuação dos profissionais. Ao contrário, como afirma uma das agentes comunitárias de saúde, as atividades são realizadas conforme as características pessoais de cada profissional:

“De prevenção, quando eu vou fazer visita, por exemplo, eu vou orientar sobre a questão da dengue, sobre vaso, planta. (...). E das crianças a gente está sempre olhando carteira de vacina, sempre orientando, falando. Em época de campanha, a gente sempre entrega panfleto, orienta, fala (...). Mas isso é uma coisa muito nossa, cada um faz de um jeito”. (ACS 3)

Nas observações e nas entrevistas, verifica-se que as orientações preventivas são bastante prescritivas e que pouco espaço é dado para a expressão de eventuais dificuldades dos usuários em aderir a elas. O uso do medo como estratégia de convencimento dos usuários é também relatado pelos profissionais e observado na condução das atividades:

“Eu costumo pôr bastante medo. Falo assim [para os hipertensos que não seguem prescrições]: ‘o senhor vai comprar uma passagem só de ida ali pro cemitério!’”. (Auxiliar 1)

(Observação de sala de espera)

Enfermeiro comenta com as demais profissionais que a mãe de uma ex-colega de trabalho faleceu em decorrência de um AVC e diz, em voz alta: “Isso é bom pro nossos pacientes ouvirem, a gente fala da pressão alta, ninguém acredita, fica tudo enchendo a cara de vinho, de mocotó. É ‘ai, porque ontem eu fui na casa do meu filho e tinha uma feijoadinha lá e aí eu não agüentei’”. (usuários na sala riem).

Além do caráter estritamente normativo das atividades de prevenção, o que se observa é que, embora sejam citadas como prioridade, na prática, freqüentemente as orientações preventivas deixam de ser feitas:

“Na minha unidade, todo paciente que entra aqui é orientado, desde uma mocinha que vem fazer um teste de gravidez, ela sai daqui orientada; uma mãe vem dar vacina que está atrasada, ela sai orientada; um hipertenso que a gente vai medir e a pressão tá alta, a gente conversa individual se ele se ele está tomando a medicação direito, sobre o sal na alimentação(...). Por exemplo, eu pego um hipertenso, eu vou conversar com ele. A pressão está alta, muitos tomam o remédio errado, muitos param de tomar o remédio para tomar uma cerveja e muitos não sabem o que é ser um hipertenso, o que tá acontecendo com o organismo dele quando a pressão dele tá muito alta. Então eu vou passar pra ele os meus conhecimentos.(...) tem toda a explicação e às vezes a gente dá bronca, pega no pé!”. (Auxiliar 1)

(Observação de sala de espera)

Diversos profissionais da equipe estão na sala de espera, aguardando o início da reunião. Não há atendimentos agendados, porque hoje é dia de VD do médico. Um usuário entra para aferir pressão arterial. É atendido na sala de medicação, com a porta aberta. Ele quer ficar conversando com a auxiliar após a aferição, queixa-se de dificuldade com o controle da pressão. O gerente passa pela sala de espera e pergunta pela auxiliar 1, a auxiliar 2 responde que ela está na sala, aferindo a pressão de um usuário:

Auxiliar 2: Já acabou, mas ainda ta tá lá conversando.

ACS (comenta baixinho, com as demais na sala): Esse aí gosta de conversar, né? (Todas riem).

Recepcionista (gritando pela auxiliar 1): Fulana, tem um paciente te esperando! (Todas riem novamente, não há ninguém aguardando, essa foi só uma estratégia usada para “livrar” a auxiliar 1 do usuário que gosta de conversar).

A auxiliar 1 sai da sala, o usuário segue atrás dela, ainda perguntando se não seria a dosagem do medicamento o problema. Ela vai andando e falando que “talvez”, e segue para o fundo da unidade, onde ele não consegue mais vê-la. Ele se despede de todos na sala de espera e vai embora.

No relato dos profissionais pode-se identificar a percepção de que as atividades preventivas da maneira como são atualmente realizadas não são suficientes para lograrem os resultados esperados:

“A gente dá orientação da importância de não tomar os remédios só quando está sentindo alguma coisa, que não é sempre que vai ter algum sintoma, que às vezes quando vai sentir já é tarde. Então a gente sempre coloca para eles os riscos, que eles podem ter algum derrame, um infarto. Aí eles voltam a tomar, depois param, falam que se toma remédio a pressão fica muito baixa”. (Auxiliar 2)

“[Pra prevenção] eu acho que talvez tenha que ter coisas mais atrativas, que às vezes já tá todo mundo cheio de ouvir, todo mundo sabe que se você não se prevenir você pega HIV, você vai ter uma DST. Mas às vezes eu acho que falta algum atrativo(...) alguma campanha que chamasse a atenção (...), que motivasse (...) mais esse tipo de prevenção”. (ACS 3)

ii. Componentes do Trabalho da USF

Para ter acesso aos serviços oferecidos pela USF, os usuários devem ser cadastrados. Para tanto, têm de ser moradores da área de abrangência da USF, que fora previamente delimitada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A área é subdividida em oito microáreas, sendo cada uma de responsabilidade de uma agente comunitária de saúde e composta por aproximadamente 200 famílias. No entanto, por ser baseada na delimitação geográfica feita pela SMS, a divisão do número famílias pelas agentes não é

igualitária, podendo variar entre 180 e 230. Assim, agentes responsáveis pelas microáreas onde as condições de habitação são mais precárias (onde há sobreposição de casas, habitação conjunta de mais de uma família na mesma casa) são as que acompanham maior número de famílias e que, conseqüentemente, têm que fazer maior número de visitas por dia.

O cadastramento e o descadastramento das famílias são realizados pelas ACS. Inicialmente, todos os que moravam na área de abrangência foram cadastrados. Contudo, depois dessa etapa, muitos cadastrados já foram feitos e outros tantos desfeitos. Isto porque há bastante mobilidade da população da área, pois muitos vivem de aluguel e a região é bastante pobre. Quando uma família se muda da área, é descadastrada; quando outra se muda para a área, entra na lista para cadastramento. A efetivação do cadastro depende do tempo de moradia na área (que tem que ser de, no mínimo, quatro meses) e, atualmente, de uma avaliação que leva em conta as necessidades da família. Isto vem ocorrendo, segundo as ACS, porque elas têm hoje mais demanda por cadastramento do que podem atender, o que faz com que seja feito um “filtro” das famílias – prioridade é dada para famílias em que há crianças, idosos ou portadores de algumas das condições prioritárias estabelecidas pela ESF:

(Observação de sala de espera)

A ACS 4 diz ainda que o papel do Programa é trabalhar a “prevenção à saúde”, que não daria pra recusar, por exemplo, informação às pessoas, mas que atualmente isto tem acontecido, em função do excesso de demanda por cadastramento.

Para cadastramento dos usuários, as ACS preenchem uma ficha de cadastro, na qual, além de dados de identificação, são informadas as condições de saúde da família – presença de crianças, gestantes, pessoas com hipertensão – e condições do ambiente de moradia, como saneamento básico, coleta de lixo e áreas de lazer existentes.

Esta ficha é enviada para a SMS, que registra os dados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o que lhe permite ter conhecimento da situação de cada microárea. A ficha é devolvida para a USF e guardada na pasta da ACS responsável pela família. É a partir dessas informações que a USF controla o número de usuários cadastrados.

Anteriormente, a própria USF era responsável pelo lançamento dos dados no SIAB, mas agora não o fazem porque o computador de que dispõem está quebrado. A ficha é atualizada mensalmente e encaminhada à SMS:

“Você tem sempre que ter os dados atualizados, você tá sempre mexendo com a ficha, porque às vezes vai um parente morar na casa, você tem que acrescentar naquela família ou tirar alguém que mudou, faleceu”. (ACS 2)

Por tratarem-se de informações confidenciais, as ACS, em geral, preferem não andar pelas ruas com as fichas. Fazem anotações no caderno de visitas, que é assinado pelos usuários.

O descadastramento é feito quando os usuários não estão satisfeitos com o atendimento da USF. Eles fazem um comunicado à ACS, que leva um documento para o responsável pela família justificar o descadastramento e, a partir daí são encaminhados para UBS do bairro.

(Observação de visita domiciliar)

A ACS foi atender um pedido de descadastramento. A responsável pela família diz que prefere a UBS por ter mais médicos e pela possibilidade de se escolher por qual quer ser atendida. A ACS explica que o médico do PSF é um médico generalista. Antes de deixar a casa, a moradora assina o caderno da agente para confirmar que a visita foi realizada (esse procedimento é repetido em todas as visitas).

Usuários não cadastrados podem ter acesso a algumas das atividades ofertadas pela USF, quais sejam: disponibilização de medicamentos e preservativos, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, aconselhamento e testagem para HIV, sífilis e hepatites B e C e atendimentos de emergência.

O enfermeiro explica que os princípios de universalidade e equidade que regem o SUS é que determinam que alguns tipos de atendimento sejam feitos para não cadastrados:

“Quando não é cadastrado, nós encaminhamos para o posto de referência dele, mas depende, porque eu não posso negar atendimento. Por exemplo, chega uma criança que não é cadastrada ferida por objeto cortante, eu não vou deixar de fazer os primeiros socorros, se tiver que fazer uma sutura a gente faz, se tiver que

prescrever um medicamento o médico faz. (...) Você sabe que pelo Sistema Único de Saúde, o sistema é universal, integralidade, tudo, a gente não pode não pode negar medicação. Ele chegou com a receita, ele tem a medicação, vai ser oferecido para ele sim”. (Enfermeiro)

No caso das sorologias para HIV, sífilis e hepatites, a justificativa é dada ainda pela necessidade de captar os usuários no momento em que eles estão dispostos a realizar a testagem e pela diferença no procedimento de pagamento destes exames:

“O exame é livre. Porque a gente tem que pegar esses pacientes, ainda é uma doença que tem muito preconceito, as pessoas têm medo de fazer esses exames e eles não entram na cota de exames laboratoriais (...). Então, se eu colher um total de exames básicos aqui por dia, que são oito na minha cota, se vier vinte de HIV não vai entrar nessa cota, porque é pago pelo Ambulatório. Então é livre demanda espontânea: chegou, cadastrado ou não-cadastrado, ele colhe numa boa”. (Enfermeiro)

A demanda superior à capacidade de resposta da USF faz com que o cadastro funcione como um limitador do acesso, mesmo da população residente na área de adscrição do serviço. Configura-se, assim, um conflito entre a proposta de universalidade do acesso e as possibilidades efetivas da equipe em atender à comunidade adscrita. Ao mesmo tempo, como o planejamento da adscrição feito com base em ruas predefinidas pela SMS, a equipe tem dificuldade em manter cadastrada a parte da comunidade que vive distante da USF.

A impossibilidade de sistematização dos dados cadastrais na própria USF dificulta o acesso da equipe a informações sobre a comunidade que atendem. Os dispositivos tecnológicos propostos para este fim, como o SIAB e o cadastramento das famílias, não são utilizados para o aprimoramento do conhecimento sobre o território e, conseqüentemente, não subsidiam o estabelecimento de prioridades para o trabalho.

Visitas Domiciliares

Todas as famílias cadastradas recebem visitas domiciliares das agentes comunitárias de saúde uma vez ao mês. Para as famílias em que um ou mais membros apresentam algum dos agravos ou condições prioritárias da ESF, são realizadas duas visitas mensais. Além

destas, as famílias podem solicitar visitas extras das ACS em função do surgimento de algum problema.

As visitas das ACS não são agendadas. A princípio deveriam ser realizadas entre as 8h e as 17h, diariamente, exceto uma quarta-feira ao mês, quando são realizados grupos de hipertensão e diabetes em duas microáreas por semana. No entanto, os horários das visitas acabam por depender da disponibilidade de horários e de outras atividades das agentes (como reuniões, realização de grupos na comunidade e cursos). Os horários também não são fixos, cada ACS decide o horário de início e término das visitas do dia. Uma das ACS explica que mesmo nos dias de grupo não se pode considerar que as visitas não são realizadas:

“(...) Porque a gente vai fazendo visita pelo caminho, entregando uns panfletos”.
(ACS 2)

O fato de as visitas serem realizadas em horário comercial muitas vezes dificulta o contato com as famílias ou com alguns de seus membros, o que é relatado pelos profissionais como um problema:

(Observação de visitas domiciliares)

Quando estamos chegando na primeira casa, a ACS comenta que o difícil de atender as crianças é que muitas mães trabalham e outras dormem até tarde.

Como estratégia para comprovar que as casas foram visitadas ao longo do mês, a USF adotou uma forma de registro das visitas além das fichas da ESF. As agentes anotam as casas visitadas num caderno e pedem para que o membro da família que as recebeu ou mesmo algum vizinho assine o caderno, atestando a realização das “visitas”.

(Observação de visita domiciliar)

Visitamos uma família com o objetivo de conferir o cartão de vacina da criança. Somos atendidas por um adolescente que está cuidando do irmão pequeno, a mãe está trabalhando.

ACS confere o cartão de vacina e pede ao menino:

ACS: Não esquece de falar para a sua mãe que eu vim aqui. Assina aqui. E a M (vizinha da casa de cima)?

Adolescente: Tá trabalhando.

ACS: E a filha dela?

Adolescente: Tá na escola.

ACS: Então você vai ter que assinar aqui por ela e depois eu volto na semana que vem. (Comenta com a pesquisadora): Tem muita gente que trabalha, mas aí eu sempre encontro com eles na rua, no supermercado e pergunto como estão as coisas.

Esse registro foi adotado para minimizar os problemas que a USF encontrava em relação às queixas dos usuários por não receberem visitas e também para comprovar a realização das mesmas para a coordenação de atenção básica do município.

“Olha, o mais difícil é que (...) às vezes você fez o trabalho só que a pessoa fala que você não fez. ‘Eu fui na sua casa’, ‘Não, você não foi’. Agora isso acabou por causa do caderno: ‘Não, olha aqui, você assinou’. Mas antes o mais difícil era isso, né. Agora, hoje em dia, depois do caderno, o que eu acho mais difícil é às vezes eu falar ‘Nossa, fiz isso e não adiantou. Poxa, fui na casa do fulano, levei ele no grupo e não deu em nada’”. (ACS 1)

O número de visitas realizadas por cada ACS diariamente também varia, em função das características de cada microárea e do número de famílias que moram nela.

Em algumas microáreas, nem todas as famílias fazem uso dos serviços oferecidos pela USF, porque têm convênios médicos particulares. Mesmo assim, essas famílias são visitadas rotineiramente pelas ACS.

Outra dificuldade relatada pelas ACS e observada durante as visitas que foram acompanhadas é que nem sempre as famílias têm disposição para receber as visitas. Isso ocorre principalmente nas visitas de rotina. Há relatos de famílias que se esquivam das ACS para não serem cobradas em relação à realização de procedimentos, como vacinas e exame papanicolaou, e de outras que impedem a entrada das ACS nas casas, o que provoca incômodo em algumas agentes.

“Eu acho chato, porque você quer orientar e a própria família não deixa, eles colocam barreiras. Muitas vezes você vai na casa de um cadastrado e ninguém te

recebe direito, às vezes eles estão em cima da laje e de lá eles te respondem alguma coisa, não te dão atenção. Isso acontece muito. E isso dificulta o trabalho, porque às vezes você não tem aquele elo entre a família, de você entrar, conversar, resolver uma coisa. Porque, assim, às vezes, dentro da casa da pessoa você pode ter uma visão que você nota uma coisa que o paciente não fala, mas você pode observar que tem alguma coisa errada (...)". (ACS 3)

Nas visitas que puderam ser acompanhadas, pode-se observar uma variação de seu foco e do tipo de abordagem realizada por cada uma das ACS. Algumas agentes procuram investigar a situação da família como um todo em cada visita, estando mais atentas a eventuais dificuldades que os usuários possam apresentar na adesão ao tratamento ou às demais prescrições, como se vê na seguinte transcrição:

(Observação de visita domiciliar)

ACS chama no portão, alguém pede para que subamos as escadas. Lá em cima, um homem nos atende.

ACS: A F. ta aí?

Usuário: Não, tá trabalhando.

ACS: Ah, você pode entregar essa cartinha pra ela [convocação para papanicolaou]? Pede pra ela me procurar ou ir lá no posto.(...) E você, ta tá bem? Ih, eu esqueci de trazer os preservativos que eu te prometi, né?(...) E os seus exames?

Usuário: Ainda tô esperando.

ACS: Mas tá tomando os remédios direitinho?

Usuário: Tô.

ACS: Não tem tido nenhuma dificuldade?

Usuário: Não.

ACS: Bom, mas não há de ser nada, né?

Usuário: Ah, não, esses exames são só bobagem, eu já tô bom.

ACS: Então tá bom, fala pra F. ir lá no posto.

Us: Tá bom.

Outras acabam centrando a atenção na situação de saúde dos integrantes que apresentam algum problema de saúde ou que pertencem a grupos prioritários para a ESF, como crianças e gestantes e privilegiam a abordagem das doenças, o que muitas vezes dificulta a escuta dos obstáculos encontrados pelos cadastrados, como os efeitos colaterais, por exemplo.

(Observação de visita domiciliar para gestante)

ACS entrega guia para ultra-sonografia, confere cartão da gestante e constata que os exames laboratoriais ainda não chegaram. Pergunta sobre o uso de medicamento prescrito na gestação; paciente explicou que tomava, mas sentia enjoos com o uso desses remédios. ACS pergunta se ela está no planejamento familiar e explica como são os procedimentos para a realização da laqueadura.

(Observação de visita domiciliar, usuário em recuperação pós-cirúrgica)

A visita não estava no roteiro de hoje, mas a ACS quis entrar para ver uma cadastrada que acabara de fazer 4 pontes de safena. Saímos da casa e ela comenta comigo: “Esse é o preço de ser um diabético rebelde. Você viu? Quatro safenas. Mas ela dizia que não ia tomar insulina porque não ia ficar se picando. Deu nisso”.

Há casos em que as visitas ajudam os usuários a resolver dificuldades encontradas no atendimento na USF, facilitando, por exemplo, o agendamento de consultas para casos prioritários, como se observa na seguinte situação:

(Observação de visita domiciliar)

Visita a um usuário idoso que solicitou a 2ª visita da ACS neste mês.

O idoso, com dificuldades para andar, queixa-se que tem tido dificuldades com os medicamentos que lhe foram receitados e que já tentou consultas no posto duas vezes, mas foi atendido pelo enfermeiro, que não resolveu seu problema.

A ACS olha as receitas (...) vai tentar agendar uma consulta com o médico para breve ou uma visita domiciliar com ele. O usuário comenta que antes o médico o visitava, que não entende por que foi excluído.

Vamos embora. Ao chegarmos à unidade, a ACS agenda uma consulta para ele para aquela mesma semana.

Visitas domiciliares também são realizadas pelo médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem em situações específicas. No caso do médico, as visitas são realizadas apenas nas sextas-feiras à tarde, para usuários acamados ou com dificuldade de locomoção. Em alguns casos, as ACS podem também solicitar visitas de médico para casos em que julguem haver necessidade. Elas se queixam, porém, da limitação das visitas médicas, relatando, inclusive, a inadequação da realização do procedimento somente para pessoas acamadas:

(Observação de sala de espera)

(Grupo de ACS reunidas na área externa da unidade, conversando): A gente tem que conversar na reunião sobre a visita do médico. Essa história de ele só visitar acamado, a gente aprendeu lá no curso que médico da família não é assim, não é só pra visitar quem já tá acamado, quem já tá assim, vai ficar assim, dificilmente vai sair desse estado. Ele tem que fazer visita pra evitar que as pessoas fiquem assim". (As demais concordam, falando ao mesmo tempo e completando o que a primeira falava)

Não foi possível observar a realização das visitas domiciliares do médico. No entanto, em sua descrição, percebe-se a similaridade com as características observadas nas consultas realizadas na unidade, especialmente pelo foco exclusivo nos aspectos biológicos do adoecimento:

"[O que as ACS observam na microárea] é trazido para a unidade e é passado para o enfermeiro. Ele vai determinar, por exemplo, se uma pessoa está acamada, então o médico vai fazer uma visita domiciliar, uma consulta em domicílio, e vai averiguar, ver, examinar e tomar as medidas necessárias para aquele paciente. Eu vou medicar e vou solicitar exames". (Médico)

As visitas do enfermeiro também deveriam ser concentradas na sexta-feira à tarde. Contudo, o que se observa é que são realizadas esporadicamente, conforme a solicitação das ACS, quando identificam a necessidade de uma orientação ou da realização de algum procedimento, como curativos ou aplicações de medicação, ou quando há algum recém-nascido nas famílias cadastradas.

As auxiliares também realizam visitas conforme a necessidade, em geral para realização de procedimentos e orientações, nos casos em que as ACS encontram alguma dificuldade.

“Às vezes elas [as auxiliares] fazem visita com a gente, quando precisa de um curativo ou pra dar uma instrução, ‘Ó, tem uma menina ali que tá com vergonha, tá com um problema assim (...), você vai lá comigo conversar com ela?’, elas fazem isso, fora o trabalho técnico de auxiliar”. (ACS 1)

As visitas domiciliares podem ser consideradas um dos principais diferenciais da Estratégia de Saúde da Família em relação a outros modelos de organização da atenção primária. Sua inclusão no processo de trabalho da USF representa um potencial avanço na direção de uma atenção à saúde mais integral, pela aproximação que permite com a realidade cotidiana da comunidade.

Entretanto, observamos que o foco nos aspectos biológicos do adoecimento e na verificação da adesão à prescrição muitas vezes limita o potencial das visitas, reproduzindo características do modelo de atenção que a ESF procura superar. A atuação das agentes é pautada pelas características individuais de cada uma, havendo pouca definição dos resultados que se espera desses atendimentos. Na maior parte das vezes, acabam se reduzindo à checagem de alguns procedimentos e ao repasse de informes sobre atividades da USF para os usuários, como as datas dos grupos ou de realização da visita médica., embora haja casos em que a agente consegue acompanhar, de fato, a família como um todo e ajudar os usuários na resolução de dificuldades encontradas no atendimento da USF. Grande esforço é envidado no acompanhamento de questões prioritárias para USF, como a verificação da realização do exame papanicolaou pelas mulheres, a conferência do cartão de vacina das crianças e investigação dos níveis de pressão e glicemia de usuários hipertensos e diabéticos.

O registro da realização da ida das ACS às casas independentemente do efetivo atendimento das famílias indica a burocratização das visitas domiciliares e seu conseqüente esvaziamento tecnológico, além de representar uma solução frágil e pouco eficaz para as dificuldades encontradas no trabalho.

Recepção

A recepção localiza-se próxima à entrada da USF, num espaço por onde todos são obrigados a passar para circular pelas demais áreas da unidade.

É o primeiro contato dos usuários com a USF, a partir de onde são realizados agendamentos de consultas, dadas informações diversas (sobre marcação de consulta, realização e entrega de exames, atendimentos de demanda espontânea e agenda de grupos) e encaminhados os usuários para atendimento com os demais profissionais da USF. É o local onde é feita a primeira queixa dos usuários e sua triagem e onde, com frequência, os usuários abordam os profissionais de saúde (menos o médico) para tirar dúvidas e receber orientações.

“A recepcionista também é o cartão da unidade, né, o primeiro acolhimento que tem quando você entrou é o dela, passou por ela você vai entrar na unidade, então ela é o princípio de tudo aqui dentro, sem sermos nós que estamos ali na rua”.
(ACS I)

O atendimento é feito por uma auxiliar administrativa, que é responsável também pelo fechamento dos relatórios de produção que são enviados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), pelo controle de medicamentos, pela solicitação de materiais e insumos e pela organização da agenda mensal de atendimentos. É comum as agentes comunitárias de saúde, as auxiliares de enfermagem e mesmo o enfermeiro assumirem o atendimento da recepção. Também com frequência a auxiliar administrativa apóia os demais profissionais na realização de atendimentos (como o recebimento das coletas para exame), realiza alguns atendimentos (como a dispensação de medicamentos) e interfere nas condutas prescritas pelos demais profissionais aos usuários:

(Observação de sala de espera)

Enfermeiro informa recepcionista sobre conduta de uma usuária:

Enfermeiro: ela vai pingar cerumim dois dias e depois vem fazer lavagem, marca pra ela.

Recepcionista: Tem que pingar uma semana.

Enfermeiro: Uma semana inteira, né?

Recepcionista: Pra fazer lavagem é.

Enfermeiro: Então vai ficar uma semana com o ouvido tapadinho.

Em geral, observa-se que os usuários têm que esperar bastante para serem atendidos na recepção e frequentemente o atendimento é interrompido. Não há uma forma de organização do atendimento que organize as prioridades. Há senhas disponíveis no balcão, mas elas não costumam ser utilizadas, o que gera dúvidas dos usuários em relação a como proceder enquanto aguardam e dificulta o estabelecimento da ordem dos atendimentos, especialmente nos momentos de maior fluxo de pessoas.

(Observação de sala de espera)

Cheguei às 7h30, entrei na unidade, não havia ninguém na recepção. Encontrei a recepcionista na sala de coleta, preenchendo os formulários das pessoas que estavam na unidade e recebendo coletas (urina e fezes). Ela me disse que tinha acabado de abrir e já foi direto para lá porque a auxiliar tinha ligado avisando que ia se atrasar. Usuários chegam e têm dúvidas sobre o que fazer enquanto aguardam. Alguns pegam a senha e a devolvem, por verem que os outros não as usam.

Cada vez que a recepcionista grita “próximo!” de dentro da sala de coleta, as pessoas na sala de espera se entreolham, às vezes duas levantam-se ao mesmo tempo e alguém tem que ceder o lugar. Não sabem ao certo que ordem seguir.

(Observação de sala de espera)

Às 10h45 a unidade está vazia, pois já foram encerrados os atendimentos médicos da manhã. Há um senhor sentado na sala de espera. A recepcionista já passou por ele três vezes e ainda não perguntou do que ele precisa. Finalmente o enfermeiro passa e fala com ele, que quer medir a pressão arterial. O enfermeiro pede que ele aguarde.

É importante destacar a relevância da recepção na tomada de decisões essenciais para o acesso dos usuários. É neste espaço que são definidos, por exemplo, o acesso de casos agendados e não agendados, cadastrados e não cadastrados e verificado se os usuários atendem a outros critérios para realização de determinados procedimentos, como a coleta

de pânico, o que acontece, muitas vezes, sem que seja respeitada a privacidade dos usuários.

A única atividade que requer agendamento são as consultas médicas. Para agendar uma consulta, o usuário deve ir ao balcão da recepção com o cartão da família em mãos, o que comumente impede os usuários que estão na unidade de fazer o agendamento. A recepcionista verifica a data mais próxima disponível para o atendimento de sua queixa.

(Observação de sala de espera)

Um usuário que fazia coleta de sangue pede à recepcionista que marque uma consulta para ele, mas não pode porque está sem o cartão da família. Também não pode ligar para a casa pra pegar o número. Vai embora sem conseguir agendar a consulta.

As ACS podem agendar consultas para os cadastrados de suas microáreas quando julgam necessário, mas precisam de autorização do enfermeiro para tanto. Nem todas, porém, aceitam cumprir essa função:

(Observação de sala de espera)

Uma das ACS me explica que no início do trabalho elas faziam muitos agendamentos, 'porque a comunidade não entendia direito a função delas' (sic) (...), mas que hoje em dia só agendam em alguns casos. Não há critérios claros para definição de para quem e em que casos agendar.

Outras ACS, quando agendam, argumentam que consideram esta uma atitude indevida, porém necessária para alguns usuários:

“Que nem agora, eu preciso marcar consulta pra aquele senhor que nós fomos visitar. Então eu peço pra recepcionista 'eu sei que a agenda tá lotada, mas me arruma uma consulta?!', e ela me arruma a consulta, entendeu? Eu sei que não é certo dar um jeitinho, mas se a pessoa não tem condição de vir...”. (ACS 1)

Também é possível um membro da família agendar para o outro, desde que tenha consigo o cartão da família, com o nome de todos os cadastrados atrás.

A consulta médica é também a principal restrição para o atendimento de não cadastrados e a recepcionista costuma desempenhar um importante papel nesta delimitação, para a qual os demais profissionais nem sempre estão atentos.

(Observação de sala de espera)

Enfermeiro, orientando uma usuária no balcão da recepção:

Enfermeiro: Vai ficar uma semana com o ouvido tapadinho. Aí, você agenda aí pra ela.

Recepcionista: Você é cadastrada?

Usuária: Não.

Enfermeiro: Ah, não?

Recepcionista: Então não pode passar com o médico. Pode fazer tudo, menos passar com o médico.

Enfermeiro: Ah... Mas então deixa que eu ou a auxiliar fazemos a lavagem.

A partir da recepção os usuários cadastrados podem seguir dois caminhos dentro da unidade. O primeiro é o dos casos agendados, que vão para a consulta médica. O segundo, é o de todos os demais atendimentos que não requerem agendamento.

Inicialmente descreveremos o atendimento dos usuários agendados, ou seja, as consultas médicas. Em seguida, procederemos à descrição das atividades que não requerem agendamento, iniciando pela consulta de enfermagem, que tem grande relevância na organização do fluxo das consultas médicas.

Consultas Médicas

As consultas são realizadas no consultório médico que, diferentemente dos demais espaços da unidade, só é utilizado pelo médico e exclusivamente para a realização de consultas. Quando o médico não está na unidade, o consultório fica vazio.

É a única atividade que requer agendamento prévio e também a principal restrição para o atendimento de usuários não cadastrados.

As consultas são divididas em sete tipos: gestantes, puericultura (0 a 1 ano), crianças de 2 a 5 anos, crianças de 6 a 10 anos, adolescentes, ginecologia e demanda espontânea (chamadas na unidade de “qualquer queixa”). As consultas de hipertensos e diabéticos são realizadas nos horários destinados à “qualquer queixa”. Cada período de

atendimento é destinado a um tipo de consulta. A definição da escala dos tipos de consulta não obedece à ordem semanal, ou seja, os dias para atendimento de cada especificidade não são fixos. A ordem é aleatorizada nas semanas, sendo a única regra garantir 2 ou 3 períodos por mês para cada uma dessas especificidades.

Quadro 1: Exemplo da agenda da USF (tipos de consultas médicas, grupos e visitas domiciliares de médico e enfermeiro) no mês de outubro de 2006.

Semana	Período	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
1	Manhã	Gestante	2 a 5	Qualquer queixa (grupo hiperdia 1)	Qualquer queixa	Adolescentes
	Tarde	Puericultura	Qualquer queixa	Qualquer queixa (grupo hiperdia 2)	6 a 10	Visitas Domiciliares
2	Manhã	Puericultura	1 a 2	Qualquer queixa (grupo hiperdia 3)	Feriado	Ponto Facultativo
	Tarde	Gestante	Qualquer queixa	Qualquer queixa (grupo hiperdia 4)	Feriado	Ponto Facultativo
3	Manhã	Gestante	6 a 10	Qualquer queixa (grupo hiperdia 5)	Qualquer queixa	Ginecologia
	Tarde	Puericultura	Qualquer queixa	Adolescentes (grupo hiperdia 6)	2 a 5 (grupo papa)	Visitas Domiciliares

São agendadas doze consultas por período, em três blocos de uma hora cada. No entanto, os atendimentos não obedecem a esses horários. Os usuários são atendidos por ordem de chegada, de tal maneira que a primeira hora de cada período concentra um grande número de usuários na USF e, em geral, na terceira hora do período a unidade já está vazia e os atendimentos médicos já se encerraram. Além das doze consultas agendadas, é reservado um bloco de quatro consultas para atendimentos de encaixe.

Quando o médico falta por alguma razão, a USF fica praticamente vazia, e a maioria dos usuários que chega nesses períodos vem buscar medicamentos ou agendar consultas. Os profissionais reconhecem que esses são os momentos mais tranquilos:

(Observação de sala de espera)

Quando relato que estou fazendo observação na unidade hoje, as ACS dizem: “Ah, mas hoje está tranquilo, o médico não está aí!” (essa afirmação seria repetida por diversos profissionais ao longo do dia).

Como é atribuído às ACS avisar os usuários nas visitas domiciliares que o médico não os atenderá no dia previamente agendado, observam-se muitas queixas dos usuários que não receberam o aviso.

Os períodos seguintes às faltas do médico são bastante turbulentos, em função das remarcações que se somam aos usuários que tentam encaixe.

(Observação de sala de espera)

O médico não veio trabalhar no período da manhã. À 13h já há 10 pessoas na unidade aguardando atendimento médico. O gerente, quando encontra a sala de espera cheia, pega a agenda e mostra para o público: “Aqui, pessoal, pra vocês não brigarem comigo. A agenda da manhã e da tarde tá lotada! De manhã, que ele atendeu fora, e de tarde. Então, a gente verifica quem tem febrinha, se faltar alguém em algum bloco, senão vocês vão me trucidar!”.

(Observação de sala de espera)

Pessoas que chegam pedindo encaixe são logo avisadas, na recepção, pelo enfermeiro: “Aqui hoje não tem a menor condição. Ontem teve problema de saúde na família do doutor e os atendimentos foram todos transferidos pra hoje de manhã. Melhor ir lá pro Pronto Socorro, que lá médico é o que não falta!”.

Duas características importantes das consultas médicas é que elas não começam no horário agendado (principalmente em função dos atrasos do médico) e que costumam ser rápidas, variando entre um a quinze minutos.

(Observação de sala de espera)

O médico chega às 8h30. O primeiro atendimento inicia-se às 8h53 e encerra-se às 8h59. A segunda consulta ocorre das 9h às 9h06. A terceira, das 9h06 às 09h12.

(Observação de sala de espera)

Às 8h05, alguns usuários já estão impacientes com a ausência do médico. Às 8h10, dois dele se queixam: “mas o médico ainda não chegou?”. Às 8h50, começa a primeira consulta médica, que dura 5 minutos.

(Observação de sala de espera)

Duas usuárias aguardando na sala de espera:

Usuária 1: Nossa, que horas esse médico vai chegar?

Usuária 2 : É, já é 8h15...

(...)

Usuária 2: Ontem eu vim aqui e ele chegou 8h em ponto.

Às 8h30 o médico chega. O primeiro atendimento inicia-se às 8h53 e encerra-se às 8h59.

Para além da possível ameaça à qualidade técnica do trabalho que representa, a rapidez das consultas médicas chama atenção também pelo fato de que a jornada de trabalho do médico de família é de oito horas diárias justamente para permitir a permanência do médico na unidade de saúde. Em tese, isso permitiria a realização diária de dezesseis consultas de até quinze minutos cada. Entretanto, o que se verifica é as consultas costumam ser muito mais rápidas e o tempo total dos atendimentos médicos por período não ultrapassa duas horas. Das queixas dos usuários na sala de espera e do tempo médio dos atendimentos, conclui-se que a consulta médica é uma atividade pela que qual se espera muito e que dura pouco. É literalmente como se referem os usuários: “passar com o médico”.

As auxiliares de enfermagem acompanham a realização de todas as consultas que envolvem exame ginecológico e são responsáveis pelas atividades de aferição de pressão arterial e pesagem de gestantes na pré-consulta médica.

É requerido pelo médico que ao menos uma das auxiliares ou o enfermeiro estejam disponíveis durante o horário das consultas para ajudá-lo, o que nem sempre ocorre e gera conflitos no funcionamento da unidade.

(Observação de sala de espera)

A auxiliar 2 está se preparando para sair para o grupo de hipertensão e diabetes, quando o médico sai da sala de atendimento e pede:

M: R, você pode me ajudar um minuto?

Aux: Dr, o senhor aguarda o enfermeiro, que eu estou saindo pra fazer o grupo?!

M: E cadê a (auxiliar 1)?

Aux: Foi fazer curativo numa casa.

M: Mas vai sair as duas? Gente, assim não dá!

A auxiliar 2 deixa a bolsa de lado, pede às ACS que a aguardem e vai ajudá-lo.

Quando descreve os aspectos do trabalho que lhe são mais gratificantes, o próprio médico relata a importância da atuação complementar dos demais profissionais em relação ao seu trabalho:

“Gratificante para o profissional é quando ele atinge o objetivo, aquele alvo. Eu, por exemplo, tenho uma meta, um objetivo. Portanto, se eu,) no decorrer do tempo, eu tenho um número de pacientes, uma porcentagem X que estabilizaram, conseguiram manter o nível de pressão arterial e conseguiram manter os seus índices estáveis ou satisfatórios, isso para mim é um ponto muito bom, é um ponto gratificante. Porque isso mostra que o meu trabalho não foi em vão. Que aquele que eu orientei, ou até o meu enfermeiro, as minhas agentes comunitárias de saúde orientaram, que participaram dos grupos e que muitas vezes até vão pras suas microáreas, conversam com a população, e incentivam a fazer uso direitinho da medicação, não suspendendo, os alimentos, não fugir da dieta, isso traz pra mim uma grande satisfação e é gratificante. (...). A equipe facilita, a equipe me ajuda muito”. (Médico)

Pode-se constatar que as consultas médicas são atividades que requerem a participação de toda a equipe da USF, desde a solicitação de agendamento, que pode ser

feita por uma ACS ou pela recepcionista, até a realização do atendimento em si, que requer o apoio das auxiliares e do enfermeiro.

Os profissionais reconhecem a centralidade do atendimento médico no trabalho da USF, seja quando relatam que o que movimenta o serviço é a presença do médico, seja quando diferenciam a característica do trabalho deste em relação ao dos demais membros da equipe: enquanto estes compartilham as atividades de funcionamento da USF, o que consideram um valor positivo de seu trabalho, a atuação do médico é bem delimitada e dependente da atuação complementar do restante da equipe.

Passemos agora à descrição da interação entre médico e usuários na realização destes atendimentos.

As consultas se restringem à realização de uma anamnese breve, exame físico em alguns casos e prescrição de medicamentos. Os conteúdos das demandas mais valorizados são os referentes aos sintomas, focando exclusivamente no aspecto biológico dos adoecimentos, desvalorizando-se as dificuldades de ordem social que dificultam o acesso dos usuários ao serviço ou sua adesão às prescrições. Os usuários têm dificuldade em expressar problemas como os de adesão e outros problemas de ordem subjetiva, social ou mesmo econômica. Quando o fazem, não há uma escuta adequada dessas questões, que permanecem sem resposta nas consultas.

(Observação de consulta de homem adulto, que trouxe radiografias solicitadas pelo médico).

Médico (lendo os exames, sem olhar para o usuário): O sr. fez no (nome do serviço de saúde), né? Eu pedi que o senhor fizesse na (nome de outro serviço de saúde) .

Usuário: É que lá é muito difícil pra gente que anda a pé.

Médico: É, mas onde o senhor fez, não entregam o laudo, eu preciso do laudo. Vai ter que ir lá buscar.

Usuário: Mas onde fica esse lugar que o senhor quer que eu vá?

Médico: Não, agora vai no (nome do serviço) mesmo, já tá feito. Só que tem que ir lá pedir o laudo.

Entrega os exames de volta ao usuário, que vai embora.

(Observação de consulta de gestante adulta)

Mulher queixa-se de dores e corrimento do tipo “borra de café”. Após examiná-la, médico pergunta:

Médico: Você trabalha?

Usuária: Trabalho.

Médico: Onde?

Usuária: Faço faxina.

Médico: Eu vou te afastar por 7 dias, tá bom?

Entrega um papel para gestante com os nomes dos exames e diz:

Médico: Esse aqui a senhora entrega lá na recepção. E cama nos próximos sete dias!

Usuária: Hum!

Médico: Quê?

Usuária: Não dá.

Médico: Veja bem, eu estou te afastando nos próximos sete dias, porque você tem um serviço pesado. Agora, é pra ficar quieta em casa, não vai ficar fazendo tanque, fazendo faxina em casa. (...) Você sabe que você tem direito à licença maternidade? Da próxima vez, você me traz sua carteira profissional.

Usuária: Eu não trabalho registrada.

Médico: Mas você tem direito, filha. Me dá seu cartão que eu vou ver a partir de quando você pode tirar licença. Avisa na empresa, viu?!

O médico relata insatisfação com os usuários que demandam procedimentos antes mesmo de passar por sua avaliação e explica que a prerrogativa de indicar o que o usuário necessita é exclusivamente do médico:

“O que é muito comum é a mãe vir a uma consulta e - nós temos um bloco que é praticamente isso, não tem muito que examinar, é só medir e pesar, que é o grupo de 6 a 10 anos que é aquela história de ‘bom dia, boa tarde, tudo bem, o que é que tem a sua filha?’ ‘não, não tem nada doutor, eu só queira um exame pra saber se ela não tá com anemia e verme’. O médico aí não é nada, é como se fosse um escriba, ‘vai escrevendo aí e vai pedindo’, porque quem quer é ela. Mas eu já não

vejo dessa forma, eu vejo com outros olhos, é claro. Quem tem que pedir o exame é o médico, quando ele julga necessário". (Médico)

Nas observações, foi possível constatar que o contato do médico com os usuários também é bastante limitado; na maioria dos atendimentos, o médico olha pouco para os pacientes, sendo comum que ele permaneça lendo resultados de exames ou fazendo anotações nos prontuários enquanto os usuários relatam suas queixas. O diagnóstico, em geral, não é claramente explicado aos usuários e, não raro, as doenças para a qual o médico prescreve o tratamento não são nomeadas. A linguagem utilizada muitas vezes é excessivamente técnica e de difícil compreensão.

(Observação de consulta de gestante adulta, acompanhada do filho)

Auxiliar pesa a gestante, enquanto médico preenche papéis. Ele fica mais de um minuto lendo o resultado do ultra-som e fazendo anotações no prontuário. O máximo que conversa com a mulher durante os primeiros 3 minutos é:

Médico: Menina?

Usuária: É.

Depois de mais alguns segundos de silêncio, comenta:

Médico: Não veio o peso.

Usuária: Do feto? Tá aqui, ó (aponta no laudo).

Médico: Ah, sim.

(silêncio)

Médico: Esse aqui a senhora pode guardar, leve com a senhora no dia de nascer.

Usuária comenta com o médico que tem sentido dor nos rins. Médico não responde. Pede à gestante que se deite na maca. Mede a barriga, ausculta a criança, examina as costas, diz que não é rim, explica com vários termos técnicos (região sacral, nervo ciático). Receita medicamento para a dor.

No atendimento de adolescentes acompanhadas, o diálogo do médico é sempre feito com a mãe, tanto na investigação dos sintomas quanto na explicação da conduta a ser seguida:

(Observação de consulta de adolescente acompanhada da mãe)

Mãe: Fala pra ele.

Usuária: É que eu tô com dor na nuca, na cabeça e na língua.

Médico: Na nuca, na cabeça e na língua?

(Começa a fazer exame físico. Pergunta do sono, da alimentação. Algumas a menina responde, outras a mãe responde. Ele diz que parece ser alguma coisa com a tireóide).

A mãe fala que a menina tem pressão baixa e que é muito nervosa.

Ele não responde. Mede a pressão da menina. Diz que está normal. Diz para a pesquisadora: Está com toda pinta de hipertireodismo, viu?

Pede uma série de exames. Preenche o receituário. Elas ficam assistindo-o escrever. Dá todas as orientações à mãe. Diz que se a menina não puder vir, a mãe mesma pode trazer os exames.

Pesa a menina e encerra a consulta.

O registro da consulta é realizado em prontuário familiar e de forma sucinta, em geral, restrito a resultados de exames, medicamentos prescritos e encaminhamentos realizados.

Embora o médico refira a realização de orientações preventivas em todas as consultas, nas observações o que se verifica é que tais orientações são raras e quando acontecem resumem-se à prescrição de uma conduta.

(Observação de consulta de mulher adulta)

Usuária entra bastante calada, não olha diretamente para o médico nem ele para ela. Ambos permanecem em silêncio. Durante 37 segundos, ele não fala nada, só lê papéis e ela fica olhando.

Médico diz a ela que os exames estão bons, papanicolaou bom, que deu o outro exame um pequeno excesso de algo que favorece a formação de cálculo e recomenda: Então você tome bastante água que isso desaparece.

Usuária: Tá.

Médico: Seu papanicolaou tá muito bom, normal. Certo? Vou verificar sua pressão.

(Afere a pressão arterial)

Médico (escrevendo a receita): 14:8, não tá muito legal, não, viu?! Você, por favor, procure perder um pouco de peso. Dá mais atenção pra frutas, legumes, verduras. Esquece frituras, muitas calorias, que isso aí não é bom, não. Certo?

Na dimensão interacional das consultas médicas, o que se verifica, então, é uma precária comunicação entre profissional e usuários, tanto nas consultas de rotina quanto nas de primeira vez. O foco é determinado exclusivamente pela demanda considerada prioritária pelo médico. As informações prestadas pelos usuários são pouco valorizadas e, em alguns casos, desconsideradas. Com frequência há o uso de linguagem exclusivamente técnica, que dificulta a compreensão das orientações. As explicações sobre o diagnóstico dos problemas de saúde apresentados pelos usuários e sobre o tratamento são lacônicas e incompletas.

Consultas de enfermagem

As consultas de enfermagem são realizadas no consultório de enfermagem, composto por uma cama, uma balança infantil, uma pia, uma mesa e duas cadeiras, e que é o espaço onde o enfermeiro faz seus atendimentos e resolve as questões administrativas da gerência.

São feitas exclusivamente pelo enfermeiro, somente para usuários que procuram a unidade por demanda espontânea, não sendo possível seu agendamento. Sua principal finalidade é a triagem dos usuários que procuram a consulta médica sem agendamento, o que é chamado de “acolhimento”. Os casos que podem ser resolvidos pelo enfermeiro são finalizados nesta consulta; os que ele julga urgentes são encaminhados para uma consulta médica no mesmo dia; do contrário, o usuário é orientado a agendar uma consulta para a próxima data disponível.

Não há um critério estabelecido para ordenar o atendimento dos usuários que tentam encaixar nas consultas médicas. O enfermeiro chama as pessoas aleatoriamente na sala de espera, acarretando, inclusive, o atendimento de pessoas com consultas médicas agendadas.

(Observação de sala de espera)

O enfermeiro começa a atender os encaixes, os não agendados. Já são em número de 7 ou 8. Não é obedecida a ordem de chegada. Aliás, a última a chegar é a

primeira a ser atendida, passando à frente, inclusive, dos que chegaram com dor ou febris. A recepcionista comenta com a auxiliar: “Ele (o enfermeiro) encontra o povo no corredor e vai levando tudo pra sala dele, tudo que ta agendado. Depois eu apanho!”.

Freqüentemente as consultas são realizadas na sala de espera da USF, de maneira bastante desordenada, e o diálogo com os usuários é restrito, causando dúvidas nos mesmos sobre como proceder. O sigilo e a privacidade dos usuários não aparecem como uma preocupação da USF nestas situações.

(Observação de sala de espera)

Um caso é “atendido” na sala de espera. Uma usuária, com a filha, diz que a jovem está com umas feridas e que quer engravidar. Já perdeu um filho. Enfermeiro diz que tem que cauterizar, mas tem que ficar em abstinência até o final do tratamento, “pelo amor de Deus”.

(Observação de sala de espera)

Usuária veio tentar encaixe para o filho que está com catapora. Recepcionista a orienta a trazer o menino para consulta com o enfermeiro até umas 8h30 (são 7h55), “senão depois fica muito difícil do enfermeiro atender”. A moça diz que a criança está dormindo, mas vai tentar. Comenta também que tinha uma mão pra fazer às 8h00 (ela é manicure). Consegue voltar às 8h10, com a cunhada e a criança. Sai, justificando que tem que trabalhar.

(...)

O enfermeiro chega às 8h20. Atende a criança na recepção, onde a examina e pergunta:

Enfermeiro: Cadê a mãe desse menino?

Cunhada: Ela teve que ir porque ela trabalha.

Recepcionista: Ela veio, mas ela não pôde ficar, teve que ir trabalhar.

Enfermeiro: Hum. É cataporinha mesmo.

(Sai, vai para a sala dele. Tia e criança ficam esperando por mais de 10 minutos.)

Cunhada (para outra usuária): Eu vou embora.

Usuária: Não, ele vai te passar remédio, não vai?

Cunhada: Não sei.

(espera mais dez minutos, o enfermeiro volta para a sala de espera)

Cunhada: Eu tenho que esperar pra pegar remédio?

Enfermeiro: Não! Ele vai passar com o médico. Aguarda aí.

Usuária: Tá vindo, se você tivesse ido embora tinha perdido. Mas também, eles não falam nada!

Os registros no prontuário familiar das atividades realizadas na consulta de enfermagem são mínimos, em geral restringindo-se à anotação dos sinais vitais dos usuários.

Assim como em outros atendimentos realizados pelo enfermeiro, observa-se a presença de julgamentos em relação ao comportamento da população no cuidado com a saúde, como a reprovação da ausência da mãe da criança na sala de espera, sem que sejam levadas em conta as condições de vida que impedem o comportamento dos usuários de acordo com o que é considerado adequado pelo enfermeiro.

Grande parte dos atendimentos do enfermeiro tem como finalidade apenas organizar o fluxo de atendimentos médicos, triando os casos e contendo a demanda espontânea.

Grupos

Todos os usuários cadastrados podem ter acesso às atividades de grupo realizadas pela USF, sem necessidade de agendamento. As ACS fazem, mensalmente, um relatório descritivo das atividades de grupo realizadas por elas. O relatório é enviado para a SMS, que o avalia e devolve para a unidade, com sugestões e opiniões.

Os grupos realizados são: hipertensão e diabetes (chamado de “hiperdia”); exames; e planejamento familiar. Os profissionais relataram haver também grupos de gestantes, adolescentes, massagem terapêutica e caminhada, mas nenhum destes foi realizado durante o trabalho de campo.

No período do estudo, a sala de atividades grupais da unidade ainda estava em construção, o que, segundo relato dos profissionais, era impeditivo para a realização de muitos dos grupos. De acordo com os relatos, o de adolescentes costumava ser realizado

nas escolas, sobre temas diversos, que iam de prevenção das DST a combate de piolho, e eram realizados pelas ACS. O de gestantes, segundo relato do enfermeiro, era parte de um programa municipal de atenção ao pré-natal, que previa a realização de grupos para cada um dos trimestres gestacionais, com o objetivo de esclarecer as principais dúvidas das mulheres em cada um desses períodos e de orientá-las sobre o autocuidado e a auto-estima. A recepcionista justifica a decisão do cancelamento deste grupo pela sua pouca procura, que o tornava pouco funcional em relação ao tempo que tomava dos profissionais:

“Essas gestantes, agora, têm muitas adolescentes, elas não querem saber. Às vezes ficava a gente, o médico perdendo tempo de consulta pra fazer grupos de dois, três”. (Recepcionista)

No caso do grupo de caminhada, a ACS que era responsável por sua coordenação, explica que o objetivo era ajudar as pessoas portadoras de hipertensão e diabetes no controle destas doenças e promover a integração entre os moradores da área, já que muitas dessas pessoas são idosas, ficam grande parte do seu tempo em casa e têm poucas opções de lazer na região. No entanto, com seu afastamento em função de uma licença maternidade e do adoecimento de sua mãe, o grupo deixou de existir.

Essa mesma ACS explica que o grupo de massagem terapêutica foi implantado na USF após as agentes receberem uma capacitação em massoterapia oferecida pela SMS. No entanto, a falta da sala de grupo era o que impedia sua realização no período deste estudo.

Os grupos que puderam ser observados na USF – hiperdia, exames e planejamento familiar - têm periodicidade variada. Para saber a data de realização do grupo, o usuário deve procurar a recepção para informar-se. As ACS também repassam essa informação para as famílias nas visitas domiciliares e há um cronograma de atividades que é afixado no mural da unidade.

O grupo de exames não tem periodicidade definida, pois é realizado quando a equipe julga necessário, em geral, quando há muitos resultados de exames (papanicolaou, colesterol, etc) a serem entregues para usuários que não apresentam alterações importantes. É feito pelas auxiliares ou pelo enfermeiro, na própria USF. O objetivo é orientar os usuários previamente à consulta médica, otimizando o tempo das consultas:

“Porque as pessoas têm muitas dúvidas, então sempre a dúvida de um pode ser a dúvida do outro. Então a gente marca um dia no mês para reunir as pessoas que estão com o exame normal, ou que apresentam alguma inflamação, nada grave. Ai nós damos a orientação”. (Auxiliar 2)

O grupo de planejamento familiar será detalhadamente descrito entre as atividades de prevenção das DST/aids. Cabe destacar aqui apenas a sua falta de periodicidade: o grupo deveria ocorrer todos os meses, mas durante os três meses e meio de trabalho de campo, somente dois foram realizados. A data do grupo é definida pela Secretaria Municipal de Saúde, que é também responsável pela definição dos tipos de atendimento médicos que serão realizados em cada período do mês na USF. São freqüentes os cancelamentos ou alterações de data, o que dificultou, inclusive, a observação dos grupos, tendo sido possível acompanhar somente um deles.

O mais freqüente e mais regular dos grupos é o de controle de diabetes e hipertensão, que ocorre em espaços da comunidade todas as quartas-feiras, em duas microáreas por semana, de tal modo que cada microárea tem um grupo de hiperdia por mês. Todos os hipertensos e diabéticos devem participar do grupo e as ACS costumam cobrar a participação nas visitas domiciliares. Mas os usuários encontram dificuldades em saber o dia exato do grupo e o local onde será realizado, o que dificulta seu acesso e sua participação.

(Observação de sala de espera)

Hoje é dia de grupo de hiperdia. Chegou um usuário idoso, perguntando:

Usuário: Hoje é dia de pegar remédio no grupo, né?

ACS: Mas o grupo é lá no (fala o nome do lugar).

Usuário: Ah, num brinca!

ACS: Mas já que você tá aqui, pega, né?

(...)

Usuário: E chegou (nome de um remédio)?

Auxiliar: Ainda não, talvez eles levem no grupo hoje. Seu grupo é hoje, né?

Usuário: É.

Auxiliar: Então vai lá.

(Observação de sala de espera)

Hoje é dia de grupo de “hiperdia”. Três usuários chegaram perguntando onde seria e a recepcionista não sabia explicar. Um usuário chega e pergunta onde é o grupo. A ACS 2 explica, ele diz: “Ué, eu fui lá, mas não tinha ninguém, achei que era aqui. Então eu vou voltar lá”.

O grupo é realizado pela ACS responsável pela microárea, sempre acompanhada de um profissional de nível técnico ou superior. As atividades do grupo são: aferição de pressão arterial e glicemia capilar; distribuição de medicamentos; conferência das receitas médicas; e repasse de informações durante a realização dos procedimentos. Os usuários que aferem a pressão ou a glicemia e retiram o medicamento vão embora. As ACS tentam mantê-los no local do grupo para que ouçam as informações que serão dadas por elas:

(Observação de grupo de hiperdia, dia 4)

A caminho do local onde será realizado o grupo, a ACS pede ao enfermeiro: “Você segura o povo, senão eles só querem pegar o remédio e ir embora”

Enfermeiro: “Pode deixar”.

(Observação de reunião de equipe)

ACS: Nossa, [o grupo de hiperdia] foi um ‘furdunço’!

Enfermeiro: Por quê?

ACS E: Porque o povo tava tudo ouriçado, só quer ir logo, pegar o remédio. Aí eu falei “Calma, gente, a gente tem recado pra dar. É só uma vez por mês e aí vocês chegam aqui e querem ir logo? Assim vocês não colaboram com o trabalho da gente!”. Aí, cadê a receita? “Ah esqueci lá em casa”. “Ah, gente, como assim? Vocês vêm pra um grupo de hipertenso e não trazem a receita?”.

As orientações dadas durante o grupo são estritamente prescritivas e padronizadas para todos os usuários. São atendidas muitas pessoas durante o grupo (no mínimo cinquenta, havendo dias de atendimento de mais de cem), sem que haja qualquer privacidade.

(Observação do grupo de hiperdia)

Enfermeiro começa a medir a glicose de um e fala alto, para todos ouvirem: “Olha só, que beleza, o dextro do (nome do usuário) deu 113, normalzinho, que até 110 é normal, de acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia. Sinal que ele está controlando direitinho!”. Durante o grupo, o enfermeiro “anuncia” os índices de pressão arterial e glicose de diversos usuários. Em determinado momento, comenta: “Isso aqui tá tá parecendo bingo, né?”.

(Observação do grupo de hiperdia)

Enquanto o enfermeiro faz as aferições, as ACS distribuem os medicamentos e conferem as receitas. Para organizar o atendimento, a ACS pede que os usuários se organizem por ordem de chegada e começa a distribuir as senhas. Apesar da senha, o enfermeiro estabelece sua própria ordem para os atendimentos: diabéticos primeiro. Ao mesmo tempo, outra ACS, que está fazendo o apoio, coloca na lousa a data, horário e local do próximo grupo e a ACS responsável pela microárea pede: “Não vai dizer que a gente não avisou. A gente coloca na lousa, anota no cartão e depois vocês ainda falam que não sabiam”.

Chama atenção o fato de os profissionais utilizarem estratégias ameaçadoras como forma de convencimento dos usuários para aderirem às prescrições:

(Observação grupo hiperdia)

Enfermeiro conta história de usuária que foi pra a Bahia com pressão alta e diabetes, que ele havia recomendado não viajar. Teve que voltar às pressas, enfartada, pra fazer 3 pontes de safena. Ao final, comenta: “se tivesse seguido o conselho...”.

A não adesão ao tratamento medicamentoso e às orientações em relação à alimentação e à atividade física são interpretadas pelos profissionais como rebeldia e infantilidade dos usuários que participam do grupo.

(Observação grupo hiperdia)

Enfermeiro começa um sermão sobre a necessidade de se cuidarem, de não tomar cachaça, mocotó e conta histórias trágicas de pacientes que enfartaram. Comenta com a ACS: “Parece que a gente está lidando com um bando de criança”.

(Observação grupo “hiperdia”)

Usuária com receita vencida há mais de um ano:

ACS, para enfermeiro: Ela é uma usuária rebelde, ela falta em todas as consultas.

E: Então você vai marcar uma consulta pra ela. Se a senhora esquecer, nem apareça mais nesse grupo que eu não vou dar remédio pra você. (...) Essa rebeldia vai acabar hoje!

Muito distante de representar uma modalidade alternativa de atendimento para usuários prioritários dentro da ESF, o grupo do hiperdia se aproxima de uma espécie de “ritual” ao qual os pacientes devem submeter-se para obter os medicamentos e aferir a pressão arterial ou nível de glicose. Os profissionais vão para fazer uma consulta em massa, que, semelhantemente às consultas realizadas na unidade, requerem um longo tempo de espera para um rápido atendimento (o tempo das aferições).

A função preventiva do atendimento é bastante limitada, na medida em que as orientações realizadas são despersonalizadas e estritamente prescritivas. Os próprios usuários dão sinais de desvalorização dessas orientações ao ausentarem-se do grupo assim que obtêm os medicamentos e aferem os níveis pressóricos e glicêmicos. Isso se repetirá como características de outros grupos que serão descritos entre as atividades voltadas à prevenção das DST/aids.

Procedimentos (coletas para exames laboratoriais, vacinação, aferição de sinais vitais, curativos, inalação, dispensação de medicamentos)

Para ter acesso aos procedimentos de coletas para exames, vacinação, aferição de sinais vitais e curativos, os usuários não precisam agendar. Há uma sala específica para realização das coletas, uma para vacinação, outra para inalação e uma sala de medicação. Todos os procedimentos são realizados pelas auxiliares de enfermagem e pelo enfermeiro.

As aferições de pressão arterial e de glicemia capilar e as inalações são feitas para todos os usuários que solicitam, independentemente de serem ou não cadastrados. Conforme descrito anteriormente, embora os profissionais relatem sempre realizar orientações aos usuários que buscam a unidade para realizar este procedimento, na prática, o que se verifica é que muitas vezes essas orientações deixam de ser dadas. É comum também que os usuários tenham que esperar bastante para serem atendidos para este tipo de procedimento, mesmo quando os profissionais estão disponíveis para atender.

A administração de medicações e os curativos são realizados para não cadastrados em casos de urgência.

As vacinas somente são realizadas para usuários cadastrados e são objeto de intenso controle dos profissionais de saúde. O cumprimento do calendário vacinal é acompanhado pelas ACS nas visitas domiciliares, além de ser checado também nas consultas médicas de atendimento às crianças e questionado pelos profissionais em diversas oportunidades.

O cuidado com a carteira de vacinação das crianças também é freqüentemente recomendado às mães das crianças pelos profissionais. Além do cartão que fica com a família, há um cartão das ACS, feito a partir da cópia do cartão das crianças. As vacinas a serem tomadas ficam anotadas a lápis no cartão entregue à família. Quando a criança recebe cada uma das vacinas, elas passam a ser anotadas à caneta no cartão. Por ser uma cópia, o cartão que fica com as ACS não tem validade em caso de perda do cartão da família. Há um 3º cartão, chamado “espelho”, que é preenchido na USF pela auxiliar de enfermagem quando da realização da 1ª ou 2ª vacina (na primeira, caso a criança não a tenha recebido na maternidade; na segunda vacina, caso a primeira já tenha sido feita na maternidade). O cartão espelho fica guardado na unidade e é o único válido para os casos de perda do cartão que fica com a mãe.

Apesar do cartão-espelho, a perda do cartão vacinal da família é motivo de freqüentes conflitos entre usuários e equipe de saúde e resulta na repetição de todo o esquema vacinal da criança.

Diversos profissionais relatam, com desagrado, haver aumento de procura pela vacinação nas épocas de renovação do cadastro do “Programa Bolsa Família”, uma vez que muitas das famílias do bairro recebem o benefício, que atrela o recadastramento dos

beneficiários ao cumprimento de alguns compromissos de cuidado com a saúde, como a vacinação e a realização do papanicolaou.

“Porque que ela veio aqui? Porque ela precisou do cartão pro ‘Bolsa Família’. Então, as pessoas falam assim ‘ai, mais o governo solta um programa, mas exige tanta coisa!’. Mas é aí que você vê onde que tá a importância da exigência, porque é com isso que nós vamos pegar as crianças que estão assim, nessa situação”.
(Auxiliar 1)

As coletas para exames laboratoriais (exceto papanicolaou, que tem algumas especificidades e que será detalhadamente descrito no item sobre ações integradas de prevenção das DST/aids) também só estão acessíveis para usuários cadastrados e são realizadas no período da manhã, entre 7h30 e 8h30. São responsáveis pelo intenso movimento observado rotineiramente no início da manhã na USF e muito procurados pelos usuários. É comum que a recepcionista ajude as auxiliares na realização destes atendimentos, preenchendo o registro ou mesmo recebendo as coletas, quando necessário.

A maioria dos exames é feita no laboratório central do município. Os mais específicos são enviados para um laboratório na capital. As sorologias (HIV, hepatites e sífilis) são enviadas para o Ambulatório de Moléstias Infecciosas do município.

O controle dos exames é feito pelas auxiliares. Os registros dos solicitados são feitos em cadernos comuns, no quais são anotadas as seguintes informações: nº da etiqueta, nome do usuário, idade, telefone e ACS de referência, exames solicitados. A unidade recebe as etiquetas para exames já impressas.

A auxiliar faz o controle do recebimento dos resultados dos exames no espaço do arquivo, que é contíguo à recepção. Nessa situação, são freqüentes os comentários com a recepcionista e com outros profissionais que eventualmente estão no local sobre os resultados dos exames dos usuários.

(Observação de sala de espera)

Auxiliar comenta o resultado de um exame de triglicérides com a recepcionista: ‘Você sabe o exame de triglicérides do (nome do usuário)? Deu 800 e tralalá. Aí eu mandei um bilhete pelas meninas: ‘Fulano, procurar o médico urgente ou fazer

um plano funerário!’. Recepcionista ri e conta para a auxiliar que o usuário M procurou a unidade para fazer exames de HIV e hepatites no período da manhã.

A dispensação de medicamentos está disponível para usuários cadastrados e não cadastrados, desde que apresentem receitas dentro do prazo de validade. A entrega é feita na farmácia, pelos profissionais que estiverem disponíveis no momento – enfermeiro, auxiliares, ACS ou recepcionista. Orientações sobre posologia são dadas quando solicitadas pelos usuários.

O controle de medicamentos é feito pela recepcionista, embora não seja feito nenhum tipo de anotação quando eles são retirados pelos usuários. Na farmácia, os medicamentos são distribuídos em duas prateleiras, cada uma de um lado da sala. Os que ficam do lado direito são os do estoque. Quando chegam à unidade, os medicamentos são colocados nessa prateleira e parte deles é separada para dispensação. O controle é feito com base nesses dois quantitativos.

A retirada de medicamentos é um dos principais motivos de busca da USF por parte dos usuários, sendo comparável em frequência às consultas médicas.

Os profissionais relatam, em sua maioria, não haver falta de medicamentos, mas reconhecem que quando isso acontece, é motivo de queixa da população.

“Eu estou nessa unidade todo esse tempo que já falei para você, se eu disser para você que faltou uma ou duas vezes, foi muito. Pois aqui a gente tem um estoque de medicações, de seringa, e a gente procura fazer sempre para que não falte. Se falta é um ou dois dias”. (Enfermeiro)

“A gente percebe que na falta de medicamentos, até que a entrega seja regularizada, há uma espécie de revolta da população. A gente acaba pedindo socorro a uma unidade vizinha, que acaba cedendo um pouco do material, principalmente o de diabetes”. (Médico)

Em caso de eventuais faltas, é o gerente quem procura reabastecer o estoque, recorrendo inicialmente ao almoxarifado central e, quando necessário, a outras unidades de saúde, onde há colegas que podem ajudar.

Durante as observações foi possível constatar que, diferentemente do que fora relatado pela equipe, a falta desses insumos é freqüente e que a fragilidade e a falta de padronização do controle na retirada dos medicamentos prejudica sua disponibilidade.

(Observação de sala de espera)

Chega outro usuário na recepção, pedindo um determinado medicamento:

Auxiliar: Ah, não tem. E a gente não sabe quando vai chegar.

Mais tarde, uma usuária busca dipirona, que não tem. O enfermeiro diz:

Enfermeiro: Final de mês é assim. Se em casa falta arroz e feijão, imagine aqui.

Usuária: Em casa, graças a Deus, não falta nada...

(Observação de sala de espera)

ACS para enfermeiro: Quando precisar de captopril, pode ir buscar lá na casa de uma cadastrada minha.

Enfermeiro: Por quê?

ACS: Porque ela tava fazendo estoque.

Enfermeiro: Como você sabe?

ACS: Porque eu vi.

Enfermeiro: E porque ainda entrega pra ela?

ACS: Eu não, você que dá! Você só coloca “ok” na receita, tem que colocar data!

(...)

Enfermeiro (passando a mão na cabeça): Ai, eu vou começar a marcar.

iii. Gerência e articulação do trabalho em equipe

A função de gerente é exercida pelo enfermeiro, que, como previamente descrito, realiza também diversas atividades de assistência. A concomitância dessas atribuições e a grande demanda das questões assistenciais faz com que apenas uma pequena parte do tempo do enfermeiro seja dedicado às atividades de gerência, como pôde ser constatado nas observações e como ele mesmo relata ao descrever seu trabalho:

“[A parte] assistencial [me toma] por volta de seis horas diárias, a gerencial, umas duas horas, que é o tempinho que me sobra, porque a assistencial cobra muito mais de mim. A parte de gerência está muito mais tranqüila, é uma unidade

que não me traz problema, então eu dedico boa parte do meu trabalho à assistência”. (Enfermeiro)

Todos os profissionais reconhecem o enfermeiro como articulador do trabalho da equipe. Ele é o responsável pelas orientações técnicas, pela supervisão do trabalho e pela organização do planejamento da USF.

“É que assim, o enfermeiro é uma das partes mais fundamentais da equipe, tanto é que você sabe, o chefe da unidade não é o médico, muita gente fala ‘Ah, seu chefe é o médico’. Ninguém é o chefe aqui, mas o responsável pela unidade é o enfermeiro, porque ele acaba pegando mesmo quase noventa por cento de tudo o que acontece, tanto com a gente, como com o doutor, como na comunidade, é ele”. (ACS 1)

Em relação à supervisão do trabalho, as ACS são as que contam com um acompanhamento mais próximo por parte do enfermeiro. As supervisões são feitas principalmente nas chamadas reuniões de dispersão, que ocorrem semanalmente e nas quais o enfermeiro checa o caderno em que são anotadas as visitas, assina-o e carimba-o.

“Nós temos um caderno, que a gente sai na área com o caderno, quando a gente faz a visita ele é assinado pelos cadastrados, toda semana o enfermeiro olha esse caderno (...) então ele tem esse controle”. (ACS 3)

Além disso, as ACS entendem que essa supervisão é feita também sempre que o enfermeiro acompanha suas atividades na comunidade, o que ocorre esporadicamente.

“Ir nos grupos, às vezes ele não está no início do grupo, mas ele chega depois, (...) ele tá sempre por dentro do que tá acontecendo na nossa área, no nosso dia-a-dia, ele tem esse controle”. (ACS 3)

“Ele pergunta às vezes, ‘Gente, o que tá acontecendo na sua área?’, independente dessa parte de DST, ‘Tá acontecendo isso, isso e isso’, aí ele ‘Então vou aqui’, isso é a supervisão.(...) Como ele é o responsável por aqui, então (...) ele não tem um tempo disponível pra ir na área. Às vezes eu falo ‘aconteceu isso’, às vezes eu falo e ele já foi na casa. (...)Ele supervisiona, mas da maneira dele, entendeu? Ele não

pega no pé da gente, entendeu? Ele fala, ah, você fez isso?’, se não fez, ele vai saber”. (ACS 1)

É importante destacar que a possibilidade de o gerente conhecer a veracidade das informações prestadas pelas ACS é referida como resultado do conhecimento que a comunidade tem do trabalho delas, que lhe permite, de certa forma, fazer o controle social deste trabalho.

“Às vezes é (...) a própria comunidade que fiscaliza, se você não passa (...) ela vai dizer, ‘ela não passou aqui’, entendeu? ‘Ah, ela não passou, faz tanto tempo que não passa’, eles já sabem, eles estão fiscalizando”. (ACS 2)

O gerente relata haver também uma supervisão do trabalho das ACS feita pela coordenação municipal de atenção básica, por meio da verificação dos cadernos de visitas.

Há ainda uma supervisão anual, coordenada pela SMS e feita pelo gerente na USF, em relação ao trabalho de todos os profissionais da equipe.

“O enfermeiro (...) recebe da secretaria os papéis que vão pontuando. Mas quando tem essas avaliações, acho que é feita uma vez por ano, aí ele lê e mostra pra gente, fala ‘ah, aqui você ficou com cinco porque aqui você tá tá menos atenta’. Mas ele fala, ele não manda sem falar, até porque a gente tem que assinar e se não concordar, pode discutir. Então é a secretaria mesmo que manda pra todos os postos a avaliação”. (Auxiliar 2)

Excetuando-se o médico, nenhum dos profissionais refere seguir protocolos na realização de seus atendimentos. As orientações técnicas ficam a cargo do enfermeiro somente. Para as ACS, essas orientações são feitas nas reuniões de dispersão. Nessas reuniões também é feito o planejamento mensal do trabalho das ACS. Com base no cronograma de atividades mensais que é determinado pela SMS e que define os tipos de atendimento médico e as datas dos grupos de planejamento familiar e papanicolaou, as agentes montam o cronograma dos grupos de hiperdia, das visitas domiciliares e de outras atividades previstas para elas, como cursos e capacitações. Em relação aos demais profissionais, as orientações técnicas são discutidas em reuniões de equipe também, mas

estas não ocorrem sistematicamente. Durante todo o trabalho de campo, apenas uma reunião de equipe foi realizada e a pouca frequência desta atividade é atribuída pelos profissionais à grande demanda da USF por atendimentos assistenciais.

“Com a parte da enfermagem não tem muito [reunião de equipe] aqui, é mais com as agentes mesmo (...) porque é difícil de estar reunindo todo mundo por causa do fluxo que é grande, então, se pára todo mundo, toda hora tem que estar alguém saindo(...). A última [reunião ocorreu] faz uns três meses, mais ou menos”. (Auxiliar 2)

“Quando nós trabalhávamos lá em cima era bem mais tranqüilo. Aqui, porque ta tá na avenida, então entra muita gente, os procedimentos aqui dobraram, está meio corrido. Era pra ter tido uma reunião no mês passado não foi possível, esse mês está sendo um pouco complicado por causa do Bolsa Família, as agentes de saúde estão tendo curso, ta tá tudo muito corrido. Mas já estamos agendando uma próxima reunião”. (Auxiliar 1)

Esta situação é motivo de insatisfação para alguns profissionais, que identificam na falta de reuniões uma falha de funcionamento da USF, que impede a tomada de decisões que poderiam melhorar a qualidade do atendimento por eles prestado:

“Antes nós tínhamos [um espaço de planejamento e de discussão do trabalho]. O programa de saúde da família há uns dois anos atrás era completamente diferente, a equipe tinha uma reunião mensal. Sextas-feiras à tarde, por exemplo, fechava-se a unidade. Mas a procura é tanta por consultas médicas que isso foi acabando. Nós não temos, inclusive, uma reunião desse tipo há seis meses. A gente tem que correr de um lado pra acudir e do outro lado fica completamente descoberto. Eu acho isso uma grande falha”. (Médico)

“Eu acho que muitas coisas poderiam ser resolvidas num menor tempo e as coisas se estendem, tipo passar uma criança pra fazer um exame periódico (...) ou já fez o exame e tem que mostrar para o médico e a consulta está muito longe(...). [Acho que poderia resolver] mexendo na agenda da unidade e montando alguns tipos de

grupo, sei lá, de grupos de exame. Isso sou eu falando, né? (...) Acho que aliviaria muito a agenda, tirava aqueles exames que ficam todos aí parados. Porque marca consulta para dois meses, a mãe acaba esquecendo ou acaba não querendo nem passar porque demora muito (...) Talvez uma reunião, um diálogo em conjunto da equipe, talvez falte isso [pra mudar]”. (ACS 3)

Em função disso, a resolução dos problemas que surgem no cotidiano do trabalho e que poderiam ser discutidos nessas reuniões parece ser feita de maneira improvisada, em meio às demais atividades da equipe.

“(Pra resolver os problemas) a gente procura conversar entre si [entre as ACS] primeiro, ‘Olha, tá acontecendo isso, o que eu posso fazer? Porque eu não consigo resolver, vamos tentar todo mundo, o que a gente pode fazer pra melhorar?’. ‘Não, eu vou com você, se tá difícil eu vou te ajudar’, é assim. Depois disso, o enfermeiro ajuda a gente, o doutor em alguns casos, mas o doutor, como ele tem essa agenda dele aqui a gente não procura tanto, entendeu? Mas a gente resolve mais por equipe mesmo, a equipe que dá mais assistência, né”. (ACS 1)

“[A articulação da equipe] surge (...), por exemplo, em um momento que não tem ninguém o enfermeiro chega na sala, rapidinho e fala ‘está acontecendo isso, vamos fazer assim? O que vocês acham? Vocês concordam?’ Agora quando está acontecendo alguma coisa que não está legal, ‘olha, tá acontecendo isso e isso’ sempre tem alguma coisa que a gente precisa estar falando, aí a gente marca uma reunião de equipe (...) onde cada um tem a liberdade de estar falando se está tudo bem, se tem algo que precisa melhorar”. (Auxiliar 1)

Na reunião da equipe observada durante o trabalho de campo, a prioridade foi a discussão de questões administrativas, como mudanças nos fluxos de informações que são enviadas à SMS, e de funcionamento da USF, especialmente relacionadas ao atendimento na recepção. Uma importante modificação no agendamento dos atendimentos foi acordada nesta reunião: o agendamento conjunto de crianças de dois a dez anos (e não mais em blocos separados de dois a cinco e de seis a dez anos de idade), sob justificativa de que

muitas das mulheres apresentavam dificuldades em levar seus filhos em horários diferentes para atendimento. Outra reivindicação importante que mereceu encaminhamento durante a reunião foi a queixa das ACS de que nem todos os usuários que necessitavam de atendimento médico domiciliar estavam recebendo as visitas do médico, que restringiam-se aos acamados. A equipe decidiu que as ACS passariam a construir conjuntamente a agenda de visitas domiciliares do médico para cada microárea, com o objetivo de cobrir todas elas. Não houve discussão de casos ou orientações de ordem técnica nessa reunião.

Encaminhamentos externos de usuários são feitos apenas pelo médico e pelo enfermeiro. No interior da USF, os profissionais relatam fazer encaminhamentos entre si, mas sem que haja um fluxo estabelecido para isso, o que faz com que cada profissional faça à sua maneira.

“[Para encaminhar um usuário para outro paciente dentro da USF] chama o profissional na hora e a gente discute, porque o ponto X é o paciente, é ele que tem que sair ganhando. Vamos supor, a auxiliar está lá no balcão, surge uma dívida, ela me chama e nós vamos tentar resolver o que é melhor para aquele paciente. (...) O médico só [encaminha] para fora”. (Enfermeiro) (4)

“[Eu encaminho] pro doutor, pra recepcionista, ‘Olha, vai lá e conversa com a recepcionista’ ou ‘Vai lá e conversa com o doutor’. Aí eu peço, ‘O (nome da recepcionista), dá pra você atender um paciente aí porque eu quero falar com o doutor e tal’, ela vê isso também. Às vezes acontece com o enfermeiro (...) O que eu preciso de resposta do enfermeiro eu tenho, do médico eu tenho”. (ACS 1)

Para registro dos atendimentos há uma variedade de instrumentos que são usados.

Quando a família é cadastrada na USF, seus prontuários são solicitados à unidade de saúde de origem. São as ACS que montam os novos prontuários da USF. O controle do número de usuários cadastrados e daqueles portadores de agravos prioritários da ESF é feito a partir das informações das agentes, que são atualizadas periodicamente.

Os prontuários são organizados em pastas, por família e separados em gavetas, por microárea. Dentro das pastas, são armazenados envelopes individuais para cada membro da família. Os envelopes, em geral, têm muito pouco material e pouca informação. As

anotações da equipe atual são escassas, sendo apenas folhas preenchidas pelo médico durante a consulta. Os registros feitos pelas ACS não são colocados no prontuário. Os laudos dos exames são entregues aos usuários e nem sempre os resultados são anotados nas fichas dos prontuários.

No prontuário das gestantes, por exemplo, não há anotações sobre os resultados dos exames. Os laudos dos mesmos são entregues às usuárias, que passam a ser as únicas responsáveis pela informação e são orientadas a levar os laudos para a maternidade na data do parto. São anotados no cartão da gestante, que também fica com elas.

Embora o médico seja o profissional que mais usa esse instrumento durante as consultas, o que se verifica é que mesmo as informações sobre esses atendimentos são escassas e falhas. O mesmo ocorre com as anotações feitas nas consultas de enfermagem.

A falta de atualização dos prontuários é justificada pelos profissionais pela falta de tempo para repassar todas as informações que anotam em outros instrumentos.

As auxiliares e as ACS não utilizam os prontuários, fazem anotações em outros instrumentos. Nos atendimentos de coleta de papanicolaou, o instrumento utilizado pelas auxiliares é o formulário do programa “Viva Mulher”, do Ministério da Saúde. Esse formulário é preenchido durante a coleta e enviado para a SMS, que o devolve com o resultado do exame. Para registro deste e dos demais exames, as auxiliares utilizam um caderno, onde anotam inclusive os resultados do papanicolaou, porque sabem que as mulheres perdem os laudos. (4)

As ACS têm vários instrumentos de registro. O primeiro deles é a ficha de cadastro, que é preenchida no momento do cadastramento a família na USF. Esta ficha é enviada para a SMS, que registra os dados no SIAB e devolve a ficha para a USF. A ficha é guardada na pasta da ACS responsável pela família.

O cartão da família também é preenchido pelas ACS e entregue à família. Nele constam os nomes de todos os membros da família que são cadastrados e é com ele que os usuários podem fazer o agendamento das consultas e no qual são anotados os medicamentos por eles retirados.

A ficha do SIAB é utilizada para anotar informações de cadastrados com condições prioritárias para o PSF.

Há ainda uma ficha de acompanhamento do papanicolaou, por meio da qual as ACS controlam o tempo desde a realização da última coleta das usuárias e as orientam para que procurem a USF para realização do exame, quando necessário.

O cumprimento do esquema vacinal das crianças é acompanhado pela ACS pelo cartão de vacinas, que é uma cópia do cartão original das crianças e que elas atualizam periodicamente.

Finalmente, há o caderno de visitas, no qual as ACS anotam todas as idas às casas dos cadastrados e pedem que eles o assinem, atestando a visita. Se o cadastrado não está em casa, pede-se a um parente ou até mesmo vizinho que ateste a passagem da ACS pela casa.

Para a SMS, as ACS enviam mensalmente um relatório descritivo das atividades em grupo e de outros atendimentos que realizam.

Instrumentos específicos são também utilizados pelo enfermeiro nos atendimentos de testagem da população geral para HIV, sífilis e hepatites (serão detalhados no item “testagem e aconselhamento”).

Os encaminhamentos dos usuários para especialidade são feitos por meio de um formulário padrão e o agendamento é providenciado pela recepcionista, por meio da central de agendamentos da SMS.

Para os usuários que retiram preservativos, há também um cartão específico que os identifica e que serve para a USF controlar o número de preservativos retirados por mês.

O caderno de controle de medicamentos é preenchido pela recepcionista, contendo somente as informações de data de chegada, entrada e saída.

Não é feito controle do número de usuários atendidos pela USF. Para fazer o fechamento do mês, a recepcionista consulta os profissionais, que informam, às vezes com base em registros, às vezes com base na sua memória, o número de cada tipo de atendimento que realizaram:

(Observação de sala de espera)

Recepcionista: Eu preciso terminar o fechamento. Quantas crianças você atendeu este mês?

Enfermeiro: Bota aí umas 20.

Recepcionista: Você fez grupo?

Enfermeiro: 4.

Recepcionista: Papa?

Enfermeiro: 10, não, 15.

Como característica geral percebe-se que as atividades de gerenciamento e articulação da equipe ocupam lugar secundário no processo de trabalho da equipe, acontecendo, no mais das vezes, de maneira improvisada. O próprio gerente, indicado unanimemente pela equipe como referência para todas as questões técnicas e gerenciais, reconhece -as como secundárias na totalidade de seu trabalho.

A articulação técnica do trabalho mostra-se prejudicada pela ausência de mecanismos que a favoreçam, como espaços sistemáticos de discussão e de supervisão técnica. O registro das informações é pouco valorizado pela equipe, como se constata pela escassez de registros nos prontuários e pelo fechamento feito com base na memória dos profissionais. Grande quantidade de informação é produzida e boa parte do trabalho, principalmente das ACS, é dedicado ao preenchimento de instrumentos de informação; entretanto, sem a disponibilidade de um sistema informatizado e sem a apropriação de sua finalidade, a utilidade maior das mesmas parece ser unicamente para os órgãos gestores, havendo pouco uso por parte da equipe.

Na ausência de avaliação do trabalho, a equipe conhece pouco a realidade do território em que atua. De maneira contraditória, porém justificável, o aspecto mais gratificante do trabalho identificado pelos profissionais é a cura de doenças: uma vez que o trabalho é exclusivamente individualizado, este é o único resultado possível de ser observado.

Quando há espaço para a discussão coletiva do trabalho, a equipe consegue construir estratégias de melhoria do atendimento que podem ter impacto positivo no trabalho e na atenção aos usuários e à comunidade, como por exemplo, a mudança no agendamento da consultas de crianças acordado na reunião de equipe.

III. AÇÕES DE PREVENÇÃO DAS DST/AIDS

Tendo traçado as principais características do processo de trabalho da USF, procederemos agora à construção do perfil tecnológico das atividades de prevenção das DST/aids que foram identificadas.

A apresentação desta parte está organizada em três tópicos: (1) características gerais das atividades; (2) componentes do trabalho que incorporaram prevenção das DST/aids; e (3) componentes do trabalho especificamente voltados para a prevenção das DST/aids.

i. Características gerais

Como atividades de prevenção das DST/aids que compõem o trabalho da USF, os profissionais identificam os grupos, principalmente o de planejamento familiar e o de adolescentes; as orientações dadas nas consultas, na realização do teste de gravidez e nas visitas domiciliares; campanhas e palestras realizadas pontualmente; distribuição de material informativo; oferta de testagem e aconselhamento para a população geral (chamada por eles de COAS - Centro de Orientação e Apoio Sorológico, nome inicialmente dado pelo Ministério da Saúde aos atuais Centros de Testagem e Aconselhamento); e o pré-natal.

“[As atividades de prevenção das DST/aids são] mais os grupos mesmo. E orientação normal, também assim, no atendimento. Agora tem bastante gente fazendo coleta do COAS”. (Auxiliar 2)

“Além das campanhas e dos grupos que fazemos aqui, eu também sempre alerto isso para a paciente ou o paciente, a necessidade de se prevenir (...). Quando eu dou palestras sobre DST, eu falo que a maioria dos métodos anticoncepcionais não vão prevenir ninguém. A maioria dos anticoncepcionais previne contra uma gestação, mas não evita uma DST. Então, é só o preservativo, tanto masculino como feminino”. (Médico)

“Eu vou na sua casa, vejo que tá numa idade que pode engravidar, que pode ter uma DST, que tá em atividade sexual, eu vou te falar do papanicolaou, vou te falar não só da aids, mas de outros problemas, vou te falar de camisinha, vou te falar do DIU, diafragma (...). Em todas as visitas, se eu vir que a pessoa tá numa idade que tá praticando sexo, se eu vir qualquer problema, se eu vir essas doenças sexualmente transmissíveis, eu pergunto, ‘Ah, é um problema assim, e tal, você já foi em algum lugar? Já passou pelo médico?’ esse tipo de coisa (...). Diariamente

eu toco nesse assunto nas visitas, se me perguntou e eu tiver que falar alguma coisa, eu falo”. (ACS 1)

“Geralmente a gente faz palestra, às vezes a gente distribui panfleto, faz um teatro (...) na unidade, na escola. Essa palestra que a gente faz na escola é uma música. Cada um coloca uma roupa e cada um tem uma fala. Só que nessa música é focada sobre DST, sintomas, qual a forma de prevenir (...). [Nas visitas] eu falo sempre sobre preservativo, sobre troca de parceiro, lógico, dentro do que a pessoa me dá liberdade”. (ACS 3)

“No grupo de adolescente, (...) [eles perguntam sobre] o piercing que colocou, ou a tatuagem, eles acabam comentando com a gente, que a gente está ali mais próxima, e a gente orienta a estar procurando o posto, pros jovens a gente orienta pra estar pegando preservativo (...). [Na escola] a gente faz em forma de teatro, de música (...), é bem dinâmico”. (ACS 2)

O gerente, responsável pela decisão de implantação do diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites B e C na USF relata que esta decisão foi tomada com base na percepção da vulnerabilidade da comunidade à que atendem, definida por ele em função da frequente troca de parceiros, da precocidade de início da vida sexual e do uso de drogas, aliada à falta de conscientização necessária sobre os riscos a que estão se expondo e os cuidados necessários para se prevenirem.

“[Nós achamos importante implantar essas atividades] pela vulnerabilidade da nossa comunidade. São pessoas vulneráveis que trocam de parceiros indiscriminadamente, que usam drogas, algumas injetáveis. Então são pessoas suscetíveis para contraírem esse tipo de doença (...) A atividade sexual deles começa muito cedo (...) muitos não têm a conscientização do que estão fazendo (...). E, por exemplo, o uso de preservativo, nós distribuímos, mas nem todos vêm procurar, eles ainda têm restrições ao uso de preservativo. Por isso nós temos esse trabalho de prevenção, para mostrar a eles os riscos que possivelmente eles estão correndo. (...) [Por isso] eu falei para o Programa Municipal de DST/Aids que

queria que esse programa fosse implantado na minha unidade, pois conheço a comunidade e sei os riscos que eles estão correndo”. (Enfermeiro)

Na percepção da equipe, no entanto, estas atividades não foram integradas apenas a partir da atuação do Programa Municipal de DST/Aids, quando da implantação das atividades de testagem e aconselhamento. Elas já faziam parte de seu trabalho, seja porque estão previstas na ESF, seja porque os profissionais percebiam a necessidade da população em receber orientações.

“O Programa já tem uma agenda que a gente tem que estar seguindo. Aí a gente aproveita pra estar abordando (...). E aí tem que ver como a pessoa aceita, aí a gente vê até onde vai”. (Auxiliar 2)

“Então, quando eu entrei, tudo isso já era, já tava formado, tinha os grupos, tinha tudo. Então já tinha um trabalho em cima disso, sempre esse foco: diabete, hipertenso, criança, idoso, DST, (...) simplesmente eu dei seqüência”. (ACS 3)

“As atividades preventivas já estão englobadas no Programa Saúde da Família”. (Médico)

Assim como para as demais ações que realizam na USF, para a prevenção das DST/aids os profissionais não relatam seguir protocolos. Exceto para o enfermeiro, que é o responsável pela atividade de testagem e aconselhamento implantada na USF, não há supervisões específicas destas ações para os demais membros da equipe. Mais uma vez, é o enfermeiro quem responde pelas orientações técnicas necessárias à realização do trabalho da equipe no que se refere à prevenção das DST/aids. Capacitações específicas sobre o tema foram relatadas apenas pelo médico e o enfermeiro; as ACS relatam ter recebido instruções na capacitação introdutória do PSF.

“[No caso da supervisão do trabalho de aids] eu sou supervisionado pelo Ambulatório de Moléstias Infecto-Contagiosas. A [coordenadora] vem aqui, ela faz o levantamento de quantos pessoas vieram, quais foram os encaminhamentos, quantos pedidos eu fiz, quantos deram negativo, quantos positivo, se estou

precisando de material, de alguma ajuda, se eu tenho dúvida, essas coisas (...). Eu acho muito bom, porque eu posso tirar dúvidas de corpo presente. Eu acho de bom grado”. (Enfermeiro)

“O protocolo, assim, pra DST, eu vou te falar, ocorre de uma maneira tão natural. Eu te garanto uma coisa, que está dentro do padrão (...). [Supervisão] eu não tenho. Porque o profissional de saúde não precisa ser supervisionado para ele dar orientação. Isso uma agente de saúde pode estar fazendo, eu que sou auxiliar posso fazer, isso não é necessário”. (Auxiliar I)

“A gente teve palestra, né, mas, assim, supervisão, deles ajudarem a gente na área, material ou coisa assim diferente, não (...). Na hora que a gente faz o primeiro curso (...) eles falam de todas as doenças, passam quais que são os sinais pra você identificar (...). Tem até um roteiro, mas a gente não segue porque cada um age de um jeito, mas tem tudo ali (...) o professor que te ensina tudo, como você faz (...) pra falar calmo com o paciente, entendeu? [Explicam que] ele pode omitir também, não querer te contar, mas se ele contar, tem que aproveitar pra poder encaminhá-lo. (...) O protocolo que a gente segue é esse, ela vai ter que pedir pra mim, ela vai falar ‘Eu tô com um problema assim e não sei se você pode me ajudar nisso’, se ele falar isso, aí sim a gente vai conversar. (...) gente pode falar assim ‘Ah, você tá usando preservativo? Você tá se cuidando e tal?’, isso sim.”. (ACS I).

A integração com o serviço especializado de referência que realiza o atendimento dos casos de HIV e hepatites é relatada pela equipe como eficiente, não sendo necessário sequer passar pela Central de Agendamentos, como ocorre com os demais casos. No entanto, ela parece ocorrer somente em relação à assistência e ao tratamento dos casos que necessitam. Não são exploradas possíveis articulações com as demais ações de prevenção coordenadas pelo Programa Municipal de DST/Aids, como as equipes de redução de danos, nem com outras organizações que atuam no campo.

“[A gente encaminha] quando é HIV positivo, hepatite B e C. Sífilis é tratado na unidade, com a benzetacil. (...) Tenho paciente que é da minha área e encaminhei

para o Ambulatório, era um paciente que estava querendo parar de usar droga e o ambulatório encaminhou para o NAPSad. A gente trabalha muito em conjunto, ou seja, quando eu tenho uma dificuldade eu ligo para eles e eles estão sempre em contato com a gente também (...). Nós não temos essa articulação [com os outros trabalhos do Programa Municipal de DST/Aids] (...) nem com as ONG que trabalham com aids, o único que a gente trabalha diretamente é o ambulatório. Mas é serviço de saúde. ONG mesmo, diretamente, não temos”. (Enfermeiro)

À semelhança do que ocorre nos relatos sobre os demais componentes de seu trabalho, em relação às ações de prevenção das DST/aids os profissionais que identificam dificuldades as relacionam com questões externas à atuação da USF, associando-as principalmente à pouca disposição e timidez dos usuários, que limita a procura destas atividades e dificulta o diálogo. A falta de material adequado e de apoio de outros profissionais mais familiarizados com o tema também é percebida como dificuldade do trabalho.

“[Dificuldade] é procura. Mesmo que a gente convide os jovens e tudo, eles acabam não participando. Não sei se é por causa da idade, eles têm meio vergonha de participar, de ouvir todas essas coisas... Geralmente, quando procura é assim, com a vozinha baixa, perguntando pra você de canto”. (ACS 2)

“Que nem eu te falei, falta material, mais informativos (...) e não só isso, eu queria ter um profissional que às vezes pudesse dar uma palestra aqui”. (ACS 1)

“As pessoas têm medo de se expor. Às vezes gente até identifica, mas elas têm medo de se expor, ela num sabe se você não vai sair falando pra todo mundo, até ela criar um vínculo, confiar em você, demora um pouquinho (...). Elas têm vergonha de falar que tipo de vida que leva. Quando é homossexual, eles são mais assumidos, mas mulher, quando faz algum programa (...) tem que ter um vínculo muito forte pra falar”. (Auxiliar 2)

Apenas uma ACS relata ter tido dificuldade na abordagem do tema:

“O começo pra mim foi mais difícil, porque eu tinha vergonha de falar, principalmente pros homens, esses que eu te falei que são sozinhos. ‘Poxa, como eu vou falar pra esse senhor aqui se cuidar ou dar uma camisinha para ele?’ (...). Foi difícil pra mim, foi meio complicado de lidar. Mas aí depois você vai conhecendo as pessoas, as meninas mais velhas vão ajudando nas coisas que a gente tem que falar (...), mas no início foi difícil, viu?”. (ACS 1)

A construção de vínculos de confiança e a ida a instituições nas quais a abordagem do tema possa atingir um grande número de pessoas são as principais estratégias relatadas para lidar com essas situações:

“É meio assim, a gente vai até eles, a gente vai até a escola e na escola não tem como fugir, tá todo mundo ali na sala de aula (risos), você querendo ou não, tem que ouvir”. (ACS 2)

“Você vai mostrando como é o trabalho, que é sério, que a gente não vai sair falando nada, que o que está acontecendo aqui vai ficar entre a gente, que eu só vou falar com o enfermeiro nos casos que precisa, né? A gente vai conquistar a confiança desse jeito, mostrando como funciona o serviço, que é sério, que ninguém está aqui para expor ninguém”. (Auxiliar 2)

O trabalho nesta área é relatado como satisfatório pelos profissionais quando alcançam resultados positivos, o que é associado, em geral, à cura de alguma DST:

“Eu acho assim, o cara tava com a auto-estima tão baixa, ele conversou comigo, eu vim, consegui falar com o enfermeiro, o enfermeiro resolveu o problema, pra mim o gratificante é isso, ele falar pra mim no outro mês “eu fui lá, deu tudo certo, obrigado e tal”, você vê que a pessoa tem um ânimo novo, entendeu? Tá se cuidando, não foi nada demais, então isso pra mim é gratificante, você vê que tá dando certo, sabe, tá funcionando (...). Porque se ele falasse pra mim uma coisa, eu não falasse pra ninguém e não resolvesse nada e a pessoa tá ali mal, aí isso pra mim não é legal”. (ACS 1)

Na compreensão dos profissionais a prevenção das DST/aids se dá pelo repasse de informações, seja nas consultas, nas visitas, nos grupos ou em quaisquer outros contatos da equipe com os usuários. Em seus discursos, não classificam espontaneamente a distribuição de preservativos, a promoção do acesso de grupos mais vulneráveis às ações de prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis como atividades de prevenção.

Excetuando-se o teste anti-HIV para a população geral, para a implantação do qual houve uma ação específica do Programa Municipal de DST/Aids junto à USF, as demais atividades são consideradas intrínsecas às atribuições da SF. Nota-se a ausência de dispositivos tecnológicos para realização destas ações, seja pelo desconhecimento das normatizações sobre as atribuições da atenção primária em relação à prevenção das DST/aids, pela inexistência de supervisões e capacitações específicas sobre a temática para a maior parte da equipe ou ainda pela ausência de articulação com os demais equipamentos de prevenção existentes no município.

Os profissionais percebem a complexidade do trato das questões referentes à sexualidade e a dificuldade dos próprios usuários em conversarem sobre sua saúde sexual - *quando procura é assim, com a vizinha baixa*. Identificam a necessidade de uma abordagem atenta aos limites dados pelos usuários e da construção de vínculos de confiança.

ii. Componentes do trabalho da USF que incorporam prevenção das DST/aids

Neste bloco será descrita a abordagem da prevenção das DST/aids em atendimentos realizados na USF cuja finalidade principal é distinta da prevenção das DST/aids, mas nos quais este objetivo aparece de forma complementar. Esses componentes são: coleta de papanicolaou; oferta de teste de gravidez; pré-natal; e consultas ginecológicas.

Grupo de papanicolaou

Conforme relatado anteriormente, o grupo de papanicolaou, também chamado de grupo de exames, não tem periodicidade definida, não tendo sido realizado nenhum durante o período de trabalho de campo deste estudo.

Já a coleta para realização do exame é realizada pelas auxiliares de enfermagem diariamente, em dois horários: das 9h00 às 11h00 e das 13h00 às 16h00. Para realizar a coleta, os critérios estabelecidos pela USF são: estar em abstinência sexual há pelo menos 72 horas; não ter usado creme vaginal nem estar menstruada por esse mesmo período; e ter tomado banho no dia da coleta. Todas as usuárias cadastradas, independentemente do resultado de seu exame anterior, devem repeti-lo anualmente.

Os resultados dos exames demoram entre 40 e 50 dias. Transcorrido esse prazo, a usuária tem que ir até a unidade para verificar se o resultado chegou e agendar uma consulta com o médico, que lhe fará a entrega.

As auxiliares identificam a coleta de material para papanicolaou com uma das atividades que mais favorecem a abordagem da prevenção das DST/aids, relatando que as usuárias, em geral, ficam muito à vontade para conversar com elas e que essa abordagem aparece como uma necessidade durante o atendimento:

“É mais na prevenção do colo do útero mesmo que dá pra abordar toda essa parte [de prevenção de DST/aids]. (...) Quando elas vêm aqui colher prevenção, tem bastante que reclamam, assim, do relacionamento. Tem um grande número de mulheres insatisfeitas! (Risos)”. (Auxiliar 2)

“Na prevenção, a gente vai colher e observar o HPV, a gente aborda ‘o que você usa para não engravidar? Você usa preservativo?’. (...) Às vezes isso é uma necessidade delas próprias. Muitas vezes você vai colher uma prevenção, você tá tá sozinha, então elas ficam à vontade para conversar, você tem que mostrar que você está aberta para ela. Às vezes vale muito você não estar carrancuda, séria, senão a pessoa chega, colhe e vai embora, né? Tem muitas que querem perguntar alguma coisa. (...) Tem muitas que vêm porque estão com dor, outras porque estão com algum corrimento, nem tá pensando em prevenção, tá tá com corrimento aí vem colher prevenção.(...) Tem muitas, assim, que reclamam do apetite sexual. Eu falei assim que nós poderíamos montar um grupo de sexualidade aqui pra ensinar, explicar pra elas, porque tem algumas coisas que a gente sabe”. (Auxiliar 1)

As auxiliares contam, ainda, que é a partir do formulário do Programa Viva Mulher que são abordadas as questões referentes à sexualidade no atendimento das usuárias e que se investiga o motivo de busca do exame (prevenção ou sintoma de DST). A maioria das mulheres, principalmente as jovens, busca o exame quando apresenta algum corrimento e nestes casos são orientadas a agendar uma consulta ginecológica na USF.

(Observação de coleta de papanicolaou)

Auxiliar preenche formulário: dados pessoais; tempo desde a última coleta; uso de DIU; gestação; uso de outros contraceptivos; data da última menstruação; motivo de realização do exame. Informa tempo de esperado resultado.

Auxiliar: O que você usa pra evitar a gravidez?

Usuária: Nada.

Auxiliar: Não tá tendo relação?

(silêncio)

Auxiliar: Quanto tempo tem que você não mantém relação sexual?

Usuária: Uns seis meses.

Auxiliar: E quando você tem relação sexual, você usa preservativo?

Usuária (confirmando): A-hã.

Auxiliar: Nós estamos fazendo aqui alguns exames, que são de graça, se vc ficar interessada, exame que consta se a mulher tem hepatite B, hepatite C, HIV. Sabe, não teve uma vez aquele programa, aquele Fique Sabendo, pra quem, que tem muitas pessoas que têm dúvida e têm medo de fazer, né? Pra saber se tem sífilis, todas essas coisas. Eu falo porque quem estiver interessado, às vezes, não vê a plaquinha, é só falar com o enfermeiro, tá bom?

Usuária: A-hã.

Em muitas das coletas observadas, nenhuma orientação ou investigação em relação ao uso do preservativo foi feita.

É possível perceber que a privacidade não é objeto de grande atenção no trato das usuárias que buscam a USF para realizar a coleta. Há casos em que o atendimento dos critérios para realização do exame é questionado na sala de espera e, mesmo durante os

atendimentos para a coleta, podem ocorrer interrupções de outros profissionais que entram na sala.

(Observação de sala de espera)

Duas mulheres aguardam na sala de espera cerca de 15 minutos sem atendimento, até que a recepcionista pergunta:

Recepcionista: O que vocês estão aguardando?

Usuárias: Preventivo.

Recepcionista (sentada, detrás do balcão, olhando por cima dele): Estão há 3 dias sem relação, sem menstruação e sem passar nenhuma pomada?

(Elas acenam com a cabeça que sim. O diálogo se encerra).

Também não há flexibilidade de horários para realização do exame. A unidade já ofereceu coleta entre 7h30 e 9h00, mas decidiu suspender em função do acúmulo com as demais atividades de coleta para outros exames.

(Observação de sala de espera)

Auxiliar orienta uma usuária sobre o papanicolaou, no balcão da recepção:

Auxiliar: A gente faz todo dia.

Usuária: Que horário?

Auxiliar: Das 9h às 11h e das 13h às 16h. Mas tem que fazer o preparo: três dias sem relação sexual, sem usar pomada e tomar banho no dia.

Usuária: Ah... é que pra mim fica difícil, porque eu trabalho das 7h às 16h, aí tem que trocar, que nem eu fiz hoje.

Auxiliar: Ah...

Usuária vai embora sem realizar o exame.

Nota-se que, embora a prevenção das DST/aids seja relatada pelas auxiliares como um componente “natural” das coletas de papanicolaou, dado que representaria uma necessidade das usuárias, nas observações o que se encontra é uma abordagem genérica das práticas sexuais das usuárias.

O uso do formulário do Programa Viva Mulher como referência permite a investigação de alguns aspectos da vida sexual das usuárias, sem que efetivamente se

estabeleça um diálogo entre estas e as auxiliares. A conversa geralmente encerra-se no momento em que as usuárias confirmam o uso do preservativo ou quando dão respostas lacônicas para orientações sobre a testagem. Mesmo quando há empenho das auxiliares, observa-se um esvaziamento tecnológico das orientações dadas, uma vez que elas não partem do reconhecimento das singularidades em atendimento.

Há que se destacar ainda a adoção de critérios mais rígidos na USF para a realização da coleta que os previstos no protocolo do Programa Viva Mulher, do Ministério da Saúde. Ao invés das 72 horas estabelecidas pela USF, o protocolo ministerial estabelece que as mulheres evitem relações sexuais, uso de duchas ou medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores ao exame e que o exame não seja feito no período menstrual. O Protocolo não faz menção em relação à necessidade de banhos.

Finalmente, a repetição anual do exame independentemente do resultado, que também contraria o estabelecido em nível nacional de realização a cada três anos no caso de dois exames normais seguidos, favorece a captação das mulheres já aderidas ao serviço, possivelmente deixando descobertos outros grupos de mulheres mais vulneráveis, inclusive aquelas que têm dificuldade de acesso em função do horário limitado e inflexível das coletas.

Teste de Gravidez

O teste de gravidez está disponível na USF para as usuárias cadastradas e pode ser realizado diariamente das 09h às 11h e das 13h às 16h, mesmo horário da coleta de papanicolaou.

As auxiliares de enfermagem, responsáveis juntamente com o enfermeiro pela realização do procedimento, relatam que muitas meninas buscam o serviço, que todas são orientadas em relação à prevenção de gestações e das DST/aids e que estas orientações são necessárias, principalmente, pelo pouco acesso que as adolescentes têm a essas informações.

“As meninas fazem muito teste de gravidez aqui. Então, o que acontece? Elas são meninas que não têm orientação. Por exemplo, eu já peguei menina novinha, de treze anos, que transou ontem e vem hoje fazer o teste achando que está grávida. Eu conversei muito com elas, muitas delas não gostam, acho que elas pensam ‘nem

minha mãe fala assim comigo, essa daí vem falar’, mas eu me sinto na obrigação de orientar. Então, assim eu vou ficar sozinha com ela e vou conversar com ela que não é só a questão da gravidez, tem o HPV, HIV. E você não pode falar pra elas ‘você não pode transar porque você tá novinha’. Não é isso, a gente tem que explicar para ela as doenças e como ela pode prevenir. Para as meninas, é moda transar, elas estão pior que os meninos(...). E às vezes não é só questão, fala ‘ah, é porque a mãe não educa’. A maioria a mãe trabalha. A mãe precisa trabalhar, elas ficam em casa. E assim, é na classe mais pobre que mais acontece isso, onde às vezes os pais precisam trabalhar, elas ficam sozinhas. Então a gente dá tudo, tem toda essa orientação”. (Auxiliar 1)

Durante o trabalho de campo, puderam-se observar duas situações de busca do teste de gravidez, abaixo relatadas:

(Observação de sala de espera)

Diversos profissionais da equipe estão na sala de espera, aguardando o início da reunião. Não há atendimentos agendados, porque hoje é dia de visita domiciliar do médico. Duas adolescentes chegam na USF, uma delas veio fazer o teste de gravidez. O enfermeiro a atende na sala de medicação, que fica bem em frente à recepção, onde a amiga da adolescente e diversos profissionais da unidade estavam sentados. A menina colhe a urina no banheiro, ao lado da sala de medicação e defronte à sala de espera. Quando sai, entrega o material para o enfermeiro que, na porta da sala de medicação aberta, informa, olhando para o teste: “Negativo, viu? Joga lá”. A menina joga o teste no lixo do banheiro, chama a amiga e vão-se embora.

(Observação de sala de espera)

Uma adolescente chega pedindo teste de gravidez.

Recepcionista: Tá em falta, filha.

Usuária: Ah, então eu vou lá no outro posto.

Recepcionista: Nem adianta, que tá em falta na rede.

Usuária: E quando vai ter?

Recepcionista: Não sei.

Apesar do relato contrário dos profissionais, a realização do teste de gravidez, nos casos observados, não se concretiza como momento de diálogo entre equipe e adolescentes, configurando oportunidades perdidas de abordagem da prevenção de gestações não planejadas e da ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, mesmo sendo este grupo considerado um dos mais vulneráveis da comunidade.

Planejamento Familiar

O grupo de planejamento familiar que, conforme já relatado, ocorre de maneira assistemática e está sujeito a cancelamentos freqüentes, é conduzido pelo enfermeiro ou pelas auxiliares de enfermagem. É realizado na USF, no consultório de enfermagem, com participação restrita a três ou quatro pessoas, em geral mulheres. Os profissionais relatam que quando dispunham de uma sala de grupo, o número de participantes era maior.

Segundo relatos, todas as mulheres que desejam iniciar o uso de um contraceptivo devem passar pelo grupo, no qual seriam explicados todos os métodos disponíveis na USF: anticoncepcional hormonal injetável, hormonal oral, DIU, preservativo masculino e esterilização cirúrgica. Já tiveram preservativo feminino, mas não têm mais porque não havia procura e vários expiraram a validade. O mesmo valeria para homens que desejam fazer a vasectomia.

“No planejamento familiar a gente faz grupo, explica todos os métodos anticoncepcionais, desde a tabelinha até a laqueadura. Aquelas pessoas que desejam fazer a laqueadura, a vasectomia ou colocar o DIU, a gente explica direito como o método funciona, a parceiro ou o parceiro assinam um documento, eu mando para comissão de ética para eles aprovarem ou não. Nós temos fitas de vídeo, temos uma boneca chamada Gertrudes que mostra todo órgão reprodutor feminino, tem o masculino, porque nós vivemos em uma comunidade em que as pessoas se conhecem muito pouco, né? Eles não sabem a importância, então nós explicamos tudo direitinho dentro dessas atividades”. (Enfermeiro)

Entretanto, nas observações constatou-se que a apresentação dos métodos não é feita no grupo. Nas consultas médicas, a prescrição de contraceptivos (injetáveis, orais e DIU) é feita sem que seja investigada a passagem prévia das usuárias pelo grupo, sem que sejam apresentados os diversos métodos disponíveis na USF e, menos ainda, discutidos os mesmos em relação ao contexto de vida das usuárias. Observaram-se casos, inclusive, de prescrição de contraceptivos hormonais para mulheres que apresentavam DST recorrente.

(Observação de consulta médica, mulher jovem)

Médico: Que que houve, veio trazer exames?

Usuária: É. Queria que o senhor passasse um anticoncepcional pra mim, eu nunca tomei.

(Seguem-se 34 segundos de silêncio. Ele está olhando os exames e anotando os resultados)

Médico: Tá tudo ok, tá? Você nunca tomou anticoncepcional?

Usuária: Não. Minha menstruação é muito... às vezes fico três meses sem menstruar.

Médico: O anticoncepcional vai acabar regulando isso. Presta atenção no que você vai fazer (passa a posologia, dizendo que esse é um anticoncepcional moderno).

Semana que vem colhe o papanicolaou. Aqui tem a receita do anticoncepcional.

Usuária: Obrigada.

Médico: De nada, um bom dia.

(Observação de consulta médica, mulher adulta)

(Parece que usuária e médico já se conhecem, ele faz qualquer menção ao fato de ela ter voltado lá.)

Médico: Que é que houve?

Usuária: É que eu tô tendo dor quando eu tenho relação e outro dia eu tive sangramento depois da relação.

(Silêncio. Médico sai da sala para chamar a auxiliar. Vem a auxiliar 2 para ajudar. Orienta a usuária a vestir o avental no banheiro. O gerente entra na sala. Quando ele sai, a auxiliar pede que eu tranque a porta. Usuária sai do banheiro, a auxiliar

a coloca na mesa ginecológica. Médico começa o exame, coloca o espécuro, sem explicações para usuária).

Médico: É, não tá muito legal, não. Verrugão de novo, tem umas feridinhas. Tá com corrimento também.

(pressiona a barriga, com a outra mão por dentro da vagina)

Médico: Dói?

Usuária: Dói.

Médico: Pode descer.

Usuária vai para o banheiro se vestir.

Médico (comenta com a pesquisadora, balançando a cabeça em sinal de reprovação): Doença sexualmente transmissível, vou te contar. Essa é portadora de um HPV, o marido já tem há um tempão. Promiscuidade, viu.

Usuária volta.

Médico: Seu marido tratou?

Usuária: Ele veio aqui. O senhor pediu uns exames, ele...

Médico: Mas ele fez o tratamento?

Usuária: Não, o senhor só pediu os exames. Aí ele marcou no convênio... (os dois falam ao mesmo tempo, a conversa fica confusa, o médico conclui):

Médico: Ele marcou no convênio?

Usuária: Marcou.

*Médico: Então vai. Não adianta nada a gente ficar tratando você se ele não fizer.
(silêncio)*

Usuária: O senhor pode colocar o anticoncepcional aí na receita, que o meu acabou?

Médico: Qual você toma?

Usuária: Microvlar.

Faz a receita, explica a posologia da medicação. Passa pomada e orienta a não ter relações. Orienta-a a procurar o enfermeiro e a agendar o retorno para depois do tratamento.

Os profissionais referem que procuram esclarecer aos usuários que as atividades de planejamento familiar são para todos aqueles que têm uma vida sexual ativa e desejam evitar gestações não planejadas, procurando informar de que a esterilização cirúrgica deve ser considerada a última opção entre os métodos contraceptivos.

(Observação de grupo de planejamento familiar, dia 8)

(Enfermeiro orientando auxiliar de enfermagem sobre o conteúdo prioritário a ser abordado no planejamento familiar): “Tem que falar sobre DST e que a laqueadura é o último método!”.

Contudo, assim como se verifica na observação do grupo, os profissionais reconhecem que o planejamento familiar somente é buscado por pessoas que desejam realizar a laqueadura, pois é somente por intermédio desta atividade que é feita a solicitação da cirurgia, preenchida pelas auxiliares de enfermagem ao final do grupo.

“[O que elas mais procuram no planejamento familiar é] a cirurgia(...). As pessoas têm idéia de que planejamento familiar é pra pessoa que já tá com três, quatro filhos, não quer ter mais filho, mas eu explico pros recém- casados, pros que tão namorando, porque hoje em dia os jovens transam mesmo que é um planejamento, pra saber qual método que você vai usar, pra estar planejando (...) mas a maioria que procura o planejamento é pelo método definitivo ou que já teve dois, três filhos”. (ACS 2)

Diante disso, os profissionais se empenham por ajudar as usuárias na adequação do pedido aos critérios estabelecidos pela SMS para autorização do procedimento.

(Observação de grupo de planejamento familiar)

Auxiliar, preenchendo ficha de solicitação de esterilização cirúrgica de duas usuárias, pergunta a elas: O enfermeiro falou pra vocês sobre o DIU, né?

Usuária 1: Falou, não. Mas eu morro de medo do DIU.

Auxiliar: Então, o DIU também é muito bom, ele fica um tempão. Porque pela sua idade (referindo-se à usuária 2), acho que eles não vão autorizar, não. (...) Se não der certo, volta aqui que a gente conversa sobre o DIU, tá?!

Depois da saída das usuárias da sala, auxiliar comenta com a pesquisadora que será muito difícil conseguir laqueadura pra moça, por causa da idade e do número de filhos dela. Diz que no caso dela, vai fazer uma justificativa, dizendo que a moça não fala, é analfabeta e tem um probleminha psiquiátrico “que ela não tem, né, mas eu vou colocar!”.

(Observação de grupo de planejamento familiar, dia 8)

A auxiliar 2 pede ajuda à auxiliar 1, porque está orientando um casal que quer fazer esterilização cirúrgica. Ela quer saber se é possível. Diz que a mulher teve uma gravidez complicada, teve pré-eclâmpsia, o bebê nasceu surdo e ela já tem mais de 40 anos.

Auxiliar 1 responde: Ah, então tá ótimo, esse eles aprovam com certeza.

Informações sobre as DST/aids são dadas durante a realização do grupo:

(Observação de grupo de planejamento familiar)

(Início do grupo, enfermeiro investiga a situação conjugal das duas participantes, sendo que uma delas tem dificuldades de fala e por isso é a outra usuária que responde por ela)

Enfermeiro: Quantos anos de casada a senhora tem?

Usuária 1: 15 anos.

Enfermeiro: 15 anos. Marido não pula a cerca de jeito nenhum?

Usuária 1: Aí, não sei.

Enfermeiro: Olha só, quando a gente fala de PF, eu deixo bem claro pra vocês que o método mais seguro atualmente, qual que é?

Usuária 1: É a camisinha.

Enfermeiro: A camisinha. Por quê? Porque ela protege contra a gravidez e contra as DST. E o último método é a laqueadura. Por que é o último? Porque é irreversível, é definitivo. E vocês sabem que laqueadura não protege de DST.

Usuária 1: A-hã.

O principal argumento do enfermeiro para convencimento das usuárias sobre a necessidade de uso do preservativo são o machismo e infidelidade dos homens, que impossibilitam que sejam consideradas pessoas confiáveis. No caso observado, chama atenção o fato das recomendações sobre o uso do preservativo serem principalmente direcionadas à usuária solteira.

(Observação de grupo de papanicolaou)

Enfermeiro, para usuária 2: E a senhora, quantos anos de casada tem?

Usuária 1: Ela é mãe solteira.

Enfermeiro: Ah, é mãe solteira. (...) A senhora é uma pessoa que eu oriento que se a senhora quiser ter um namorado, um parceiro, tem que se prevenir. (...) Porque vocês sabem que uma das piores doenças que a gente tem hoje é o HIV/Aids (...) Tem muitos casos, que o rapaz chega lá, é “ai, eu te amo, você é minha flor”, mas não pode confiar. A gente ainda vive numa sociedade que os homens não querem se prevenir, não querem operar, por quê? Por causa do machismo. (...) A senhora (para usuária 1), que já está casada há muito tempo, tem que usar, mas a senhora já conhece um pouco mais o seu marido.(...) Agora, pelo que você está falando, essa outra é terrível!

Usuária 1: Terrível? Nossa senhora!

(Observação de grupo planejamento familiar)

“Vocês sabem, por exemplo, que uma coisa que é perigosa é o HPV e quem traz essas coisas pra casa são os maridos, que não respeitam as esposas. (...) Tem que se prevenir. Porque enquanto vocês ficam o dia inteiro lá no tanque, no fogão, fazendo comidinha fresquinha pro maridos, de repente ele encontra uma cabrita lá fora e daí você, inocentemente, na hora do ato sexual, pega uma DST”. (Comenta que se o parceiro não aceitar a imposição delas de usar o preservativo, elas tem que chamá-los pra conversar, porque alguma coisa está errada, e complementa ‘que vocês sabem que o bicho homem é um bicho traiçoeiro!’).

Também se observa nas falas feitas durante o grupo uma concepção da aids como o fim da vida, não apenas de uma pessoa, mas, possivelmente, de um casal.

(Observação de grupo de planejamento familiar)

(Enfermeiro falando para o grupo) “E eu vou falar, eu tenho muito cadastrado que chega aqui, ‘ai, enfermeiro, tô com um negócio estranho no meu pênis’ aí vai ver, é uma gonorréia. Aí é só contar no calendário: três dias depois chega a mulher dele aqui, com queimação na barriga, embaixo. (...) E se num caso desse, de repente ele tá com um HIV, aí acaba a vida dos dois, acaba a vida do casal. Se bem que hoje, aids é que nem câncer, não tem cura, mas tem tratamento”.

As orientações sobre prevenção das DST dadas no grupo também incluem cuidados com higiene, como a lavagem das calcinhas e das mãos do parceiro antes da relação sexual.

Depois de feitas todas as orientações e considerações acima relatadas, o enfermeiro, ao final do grupo, informa as usuárias sobre a disponibilidade, na unidade, da testagem para HIV, hepatites e sífilis, mas pondera:

(Observação de grupo de planejamento familiar)

(Enfermeiro falando para o grupo) “Eu estou falando pra vocês [sobre a disponibilidade dos exames de HIV, de sífilis e de hepatites] para vocês passarem isso pras adolescentes da pá virada que tem na comunidade, que hoje não tem mais namorar, agora é o ficar, então é importante que vocês colaborem, porque tem muita gente que ainda tem vergonha de procurar esses exames”.

Das atividades de planejamento familiar, é no grupo que se verifica a realização de algumas orientações sobre a prevenção das DST. Nas consultas, este componente está ausente mesmo nos casos de indicação de contraceptivos para mulheres portadoras de DST. No grupo, apesar do empenho dos profissionais no repasse de alguns conhecimentos, o que se constata é que o atendimento acaba por resumir-se a uma atividade cuja finalidade é o cumprimento de um procedimento burocrático ao qual devem submeter-se as usuárias que desejam solicitar a esterilização cirúrgica. Difere-se, assim, da idealização da equipe, que seria a de uma atividade preventiva e educativa sobre as possibilidades de evitar gestações não planejadas e de maneiras de se prevenir de outras possíveis conseqüências indesejadas das relações sexuais. Os profissionais entendem que a pouca procura do planejamento familiar por parte dos usuários deve-se à falta de conscientização dos mesmos e percebem a

insuficiência tecnológica da atividade, o que traduzem em queixas sobre a falta de materiais adequados e mais interativos.

Chama atenção no discurso a culpabilização dos homens casados, tomados como uma ameaça à saúde das mulheres, por serem traiçoeiros e irresponsáveis. Essa assunção conflita com outras orientações dadas no mesmo atendimento e que afirmam que as pessoas que mais precisam se prevenir são as solteiras e jovens.

Consultas Médicas

Os blocos da consulta médica em que mais aparecem demandas relacionadas à prevenção das DST/aids são os de ginecologia, pré-natal e adolescentes. Contudo, nos blocos de atendimento de demanda espontânea, pode-se observar a relevância que os problemas ginecológicos, inclusive as DST, têm no quadro geral das demandas de cuidado médico, pela grande frequência com que ocorreram.

(Observação de consulta, mulher adulta, demanda espontânea)

Usuária queixa-se que sentiu carocinhos no ânus. Enquanto ela fala, o médico não olha pra ela, está fazendo anotações em papéis. Usuária diz que agendou a consulta, mas que agora está menstruada. Ele pede a ela que venha no dia que acabar a menstruação, que ele fará um encaixe. Ela diz que o esposo também tem e que está aguardando do lado de fora. Ele pede para que ele entre e eu saia, pois vai fazer exame físico no homem. A esposa permanece na sala de atendimento. Finalizado o atendimento, eu volto para a sala e o médico comenta que se tratava de um condiloma acuminado.

Chama atenção também o fato de que uma importante parcela das usuárias atendidas que apresentam queixa ginecológicas, tanto nos blocos de demanda espontânea quanto nos específicos de ginecologia, são adolescentes.

Nesses atendimentos, duas características se destacam: a recusa do médico em conversar com as jovens e importância dada à virgindade das meninas. As usuárias, em geral, mostram-se bastante constrangidas durante esses atendimentos.

As jovens que vão para as consultas desacompanhadas são atendidas rapidamente e o diálogo é evitado pelo médico, que, em alguns casos, sequer olha para as usuárias:

(Observação de consulta, mulher adolescente, demanda espontânea)

Trouxe exames, que entrega para o médico.

Ele lê os exames, ainda não olhou para ela. Passa os resultados para uma ficha de controle. Ela fica olhando para ele escrever, em silêncio.

Ele diz que está tudo normal e encerra a consulta. Ela agradece e vai embora.

Quando as jovens estão acompanhadas das mães, o diálogo é feito todo com estas últimas, mesmo quando se trata de investigar sintomas como a presença de pruridos ou de corrimentos vaginais:

(Consulta, mulher adolescente, com mãe e irmã pequena, demanda espontânea)

Mãe relata que a menina teve a primeira menstruação há cerca de 6 meses e que seu ciclo é muito irregular. Além disso, está com um corrimento com cheiro forte e amarelado.

Médico diz que a irregularidade da menstruação é normal e que deverá ser assim até um ano após a menarca.

Chama a auxiliar, enquanto ela vem, pesa a menina.

Pergunta para a menina:

Médico: Você é virgem, né?!

Usuária: U-hum.

Pede à mãe que entre com ela no banheiro para vestir o avental.

Recepcionista abre a porta para perguntar sobre uma medicação. A porta é trancada depois disso.

Enquanto o exame ginecológico é feito pelo médico, a mãe fica no banheiro com a criança, alegando que ela é muito pequena pra ver essas coisas. 'É chato esses exames', diz.

Médico acaba o exame e pede para a menina se vestir. Enquanto isso, investiga com a mãe se a menina tem coceira, o tipo de calcinha que usa, recomenda não usar muita calça jeans.

A menina sai do banheiro. Ele faz a receita, mãe e filha ficam olhando ele escrever. Explica para a mãe a posologia, quais medicamentos têm no posto e quais não. A posologia é complicada: um é com leite, outro é depois do jantar, outro não pode ter nada no estômago. Diz que ela não usará creme vaginal porque é virgem.

(Consulta, mulher adolescente, acompanhada da madrasta, demanda espontânea)

A madrasta é quem relata o caso: a menina está com um corrimento amarelado, com cheiro ruim. Enquanto ela fala, ele escreve. Há uns segundos de silêncio. A mãe retoma o relato, dizendo também que há um carocinho que some e volta.

Médico (escrevendo): Na vagina?

Madrasta: É, na vagina.

Médico pede às duas que entrem no banheiro para que a jovem vista o avental. Enquanto isso vai chamar a auxiliar. Madrasta e menina saem do banheiro. Estão embaraçadíssimas.

A auxiliar ajeita a menina na mesa ginecológica. O médico, lavando as mãos, pergunta para a madrasta:

Médico: É virgem?

Madrasta (rindo, sem graça): É.

Médico: É ou não é?

Madrasta: É que ela tava morando com a mãe dela e a mãe disse que ela não era mais, que tinha andado aprontando. Mas a mãe dela é meio doida. Eu converso com ela, ela diz que é. Agora que ela veio morar comigo e com o pai dela.

Médico (já fazendo o exame): O carocinho é onde? Aqui em cima? Isso é pêlo encravado. Você raspa com gilete? Então é pêlo encravado.

Finaliza o exame, manda a menina ir se vestir e, tirando as luvas, diz para a madrasta:

Médico: É virgem, sim, não tem problema nenhum, pode ficar descansada.

Lava as mãos e volta para a mesa para redigir a receita.

Quando a menina volta para a sala, diz:

Médico: Não precisa ficar envergonhada, isso é muito comum. Fala da necessidade das mulheres que têm vida sexual ativa de fazer exames ginecológicos. Orienta

sobre a posologia. Mãe pede a ele que oriente a menina em relação ao banheiro, como fez com sua outra filha. Ele diz que ela deve se lavar após defecar, que a mulher tem que ter muito cuidado.

Encerra-se a consulta.

Embora o médico relate fazer orientações em relação à prevenção do HIV durante o atendimento de portadores de DST, a discussão sobre uso do preservativo ou sobre a possibilidade de realização da testagem para HIV, sífilis e hepatites não foi feita em nenhum dos atendimentos desses casos. Também chama atenção o fato de que em nenhuma consulta o médico nomeia as doenças que estão sendo tratadas nem explica que são infecções sexualmente transmissíveis.

“Quando se trata da suspeita de uma doença sexualmente transmissível, é lógico que isso a maior parte das vezes acontece nos blocos de consultas de ginecologia. Então, depois do exame ginecológico, onde inclusive a auxiliar de enfermagem não se encontra mais na sala, eu começo a abordagem a essa paciente com perguntas relacionadas ao parceiro conjugal e solicito a ela informações: ‘esse problema que a senhora está apresentando há quanto tempo está ocorrendo? O seu parceiro queixou-se de alguma coisa? Ele apresenta, digamos, sintomas nesse sentido ou em outro sentido?’. E tento, com esse, digamos assim, questionário, elucidar dados importantes e já praticamente fechar um diagnóstico. E isso com DST que estão em um estágio clínico já não mais agudo, até crônico. Nesses casos, inclusive nós temos um aqui e já está ocorrendo há praticamente dois anos, dois anos e meio o fato do condiloma acuminado, também conhecido como HPV”. (médico)

O tratamento de DST, em geral, é buscado pelas mulheres, não tendo sido observado nenhum atendimento deste tipo para homens, exceto no caso da usuária que levou o marido para a consulta.

O próprio médico reconhece que as mulheres estão mais dispostas a discutir essa questão, apesar do constrangimento que ela representa:

“Olha, não é, digamos assim, uma grande parte que traz esses questionamentos, porque tanto o homem quanto a mulher não se abrem muito. Nesses sete anos e

meio de PSF eu noto que a mulher está muito mais aberta ao diálogo e ela acaba se conscientizando que se ela tem alguma dúvida, ela vem falar com o médico e ela abre o jogo, ela pergunta (...) ‘como é que eu posso contrair esta moléstia?’ ou ‘estou preocupada porque o meu companheiro/ marido está apresentando algumas verruguinhas no pênis’, que seria um exemplo de um HPV (...). Eu acho que está havendo uma conscientização, embora ainda esteja longe do que nós pretendemos”. (Médico)

Apesar disso, a USF não dispõe de um fluxo estabelecido para o tratamento dos parceiros sexuais das usuárias, sendo esta uma responsabilidade que recai sobre elas, estando envolvidas ou não numa relação estável.

(Consulta, mulher jovem, ginecologia)

Usuária entra na sala, médico não pergunta nada, está preenchendo papéis. Ela começa a falar por conta própria.

Usuária: Então, doutor, eu não dormi direito porque eu tô com dor, tive muita dor pra fazer xixi. E eu já tive uma infecção, muito forte.

Médico pede a ela que se deite na maca.

Usuária: Mas eu tô menstruada.

Médico: Eu não vou fazer exame ginecológico.

Enquanto ela vai para a maca, ele se senta para ler e anotar resultados de exames.

Usuária: E os exames que eu fiz, deu alguma coisa?

Médico: Deu, deu um microbiozinho. Você é casada?

Usuária: Não.

Médico: Tem namorado?

Usuária: Sou noiva.

Médico: Você e o seu namorado vão ter que tomar remédio, ok?

(A pedido da usuária, pesquisadora sai da sala. Retorna quando o médico a chama de volta)

Médico escreve a receita, enquanto usuária fica olhando.

Médico: Seu namorado, sem choro nem vela, vai ter que tomar remédio também. Eu digo isso porque homem é mais resistente, diz que o problema é com você.

Usuária: Não, pode deixar.

(silêncio)

Médico: Qual o nome do seu noivo? (Faz uma receita para ela e uma em nome do noivo, explica posologia). E pra que não haja recorrência, seu noivo tem que tomar, senão você toma, melhora, aí o que acontece? Na primeira ou segunda relação, volta tudo.

Orienta-a a marcar nova consulta pós tratamento, na recepção.

(Consulta, mulher jovem, ginecologia)

É sua primeira consulta.

Médico (fala, escrevendo em um formulário): É sua primeira vez aqui, né? Que é que houve contigo?

Usuária: Não, é que eu vim passar com o ginecologista. É que eu tô com corrimento

(18 segundos de silêncio, ele escrevendo)

Médico: Quanto tempo?

Usuária: Mais de um ano.

Médico: Um ano? (silêncio) Você tem coceira na vagina, a vagina arde?

Us: Às vezes arde. Mas coceira não.

Médico: Dor?

Usuária: Não.

Chama a auxiliar de enfermagem, jovem vai para o banheiro para vestir o avental, o gerente tenta abrir a porta, que está trancada. A auxiliar bate na porta do banheiro: “Pronto, moça?”. A jovem demora, o médico bate com força na porta.

(...)

Médico começa o exame.

Médico: Há quanto tempo você mantém relações sexuais?

Usuária: Como assim?

Médico: Há quanto tempo você mantém relações sexuais, você transa?

Usuária: Faz tempo, desde os 13.

Médico: Você tá com...?

Usuária: 14.

Médico: Você faz papanicolaou?

Usuária: Não.

Médico: Por que não?

Usuária: Porque não.

Médico: Porque não?! Você tem que cuidar da sua saúde, fazer a prevenção de câncer uterino, tem que fazer de ano em ano até os seus 44 anos, tá bom? Você tome ciência disso, isso é muito importante.

Usuária: U-hum.

Finaliza o exame, a moça sai da maca e vai se vestir.

(...)

A moça sai do banheiro, ele se senta à mesa e começa a escrever a receita.

Médico: Você vai tomar uns comprimidos, seu namorado também. Vai usar creme ginecológico.

Usuária: U-hum.

Ensina a posologia, ao final pergunta: Alguma dúvida?

(vários segundos de silêncio enquanto ele escreve e ela fica olhando).

Médico: Aqui tem pra você e pro seu namorado, tá bom?

O relato de uma ACS sobre um caso de DST que acompanhou na sua microárea é ilustrativo da baixa resolubilidade da conduta adotada pela USF:

“Teve um caso na minha área que a queixa dela era só ginecológica, ele teve que tomar todos os tipos de antibióticos, forte mesmo, e não resolvia. Aí o médico encaminhou ela pro GO da Santa Casa (...). Depois eu descobri que ela fazia o tratamento, mas o marido não fazia (...) o médico passava o tratamento pra ele, mas acho que ela não tratava ele, não limpava ele, não comprava o remédio pra ele tomar, ou comprava e ele não tomava, sei lá (...), aí acabava sempre passando pra ela, tratava, ficava boa (...). Aí só melhorou porque eles se separaram!” (risos) (ACS 2)

É também nas consultas médicas que se realiza parte importante do acompanhamento pré-natal, especialmente porque os grupos de gestantes nos quais, segundo relato do enfermeiro, eram explicadas as mudanças do organismo e estimulados os cuidados da mulher com a auto-estima, estavam suspensos na época do trabalho de campo.

No primeiro contato da gestante com a USF, que pode ser na própria realização de um teste de gravidez que tenha resultado positivo, o pedido de todos os exames laboratoriais, inclusive para HIV e sífilis, é feito pelo enfermeiro e a primeira consulta dela com o médico é marcada. Nenhuma explicação é dada e não é solicitado consentimento para realização do anti-HIV. Idealmente, são realizadas sete consultas durante a gestação. Na primeira, são entregues os resultados de todos os exames. Diferentemente do que ocorre com a população geral, a oferta do anti-HIV e do VDRL para as gestantes não prevê a realização de aconselhamento pré ou pós-teste, segundo informado pelo enfermeiro e observado nas consultas.

Para mulheres que apresentam algum tipo de exposição a risco durante a gestação é solicitado um segundo anti-HIV no sexto mês de gestação e, nesses casos, se o médico considerar necessário, a gestante é encaminhada para um aconselhamento com o enfermeiro.

“No pré-natal, depende da vulnerabilidade da paciente nós pedimos duas sorologias para HIV. Uma assim que ela chega e a segunda depois de seis meses (...) porque tem gente que chega aqui hoje grávida de um parceiro, um tempo depois está com outro, e entre esses seis meses, óbvio, ela já teve relação com esse novo parceiro(...)”. (Enfermeiro)

A participação das adolescentes no total dos atendimentos de pré-natal também é significativa. O tratamento particularmente ríspido dado a esses casos, assim como naqueles de quaisquer outras adolescentes que já iniciaram a vida sexual, demonstra não apenas o desconforto do médico em atendê-las, como também sua reprovação em relação à vivência da sexualidade dessas jovens.

(Consulta, gestante adolescente, acompanhada da mãe)

Médico (em tom de cobrança): Não te pedi ultra-som?

Mãe: Não foi marcado ainda.

Médico: Me deixa ver esses exames.

(mãe entrega laudos)

Médico: Você não sabe a data da última menstruação, né?

Gestante: Não.

Auxiliar pesa a gestante, que engordou 9 quilos. Médico anota os resultados dos exames e comenta:

Médico: Infecção urinária, hein? Vai ter que tomar um antibiótico aí. Pode guardar (entrega laudos). Leva com você no dia do bebê nascer.

(Preenche mais papéis)

Médico (apontando para a maca): Pode deitar. Dá licença (abre zíper da calça da gestante). Você, por favor, comece a usar roupas mais folgadas, isso aqui [jeans, com zíper pequeno] prejudica o feto, viu?

Faz exame físico: mede barriga, ausculta, apalpa barriga.

Médico: Muito bom. (volta para a mesa). Tem algum problema?

Mãe: Ela tem muita dor de cabeça.

Faz a receita: sulfato ferroso, dipirona, cefalexina.

Médico: Na próxima consulta você me lembra de pedir outro exame de urina, viu?

Assim como observado nas demais consultas, nas que compõem os blocos de ginecologia, pré-natal e adolescentes somente é valorizada a demanda considerada prioritária pelo médico. No caso das gestantes, por exemplo, são valorizados apenas os procedimentos necessários para acompanhamento do crescimento do bebê; queixas, mesmo de sintomas físicos dessas mulheres, não são valorizadas e, em alguns casos, sequer recebem resposta durante o atendimento.

Nesses atendimentos, emerge a dificuldade de médico e usuárias dialogarem sobre as práticas sexuais e os cuidados necessários para prevenirem-se conseqüências indesejadas, como gestações e doenças sexualmente transmissíveis. Repete-se a reprodução das relações de gênero que historicamente marcam a abordagem da sexualidade nas práticas de saúde, particularmente quando, nos casos de atendimento de adolescentes, nos quais fica clara a reprovação do médico em relação à vivência da sexualidade dessas meninas, o que dificulta ainda mais o diálogo entre eles. A assunção da virgindade como um pressuposto e, principalmente, a confirmação dessa virgindade para as mães das meninas são

particularmente ilustrativos do nível de julgamento a que estão expostas as jovens que buscam o serviço de saúde e da impossibilidade de confiar no sigilo do cuidado oferecido na USF.

Também nos atendimentos dos casos de DST reforçam-se os estereótipos e as desigualdades de gênero. Como a clientela destes atendimentos é formada quase exclusivamente por mulheres jovens e adultas e a USF não dispõe de um fluxo estabelecido para atendimento de parceiros, não somente a resolução clínica do caso (sua cura) fica comprometida, como as mulheres são responsabilizadas pelo tratamento de seus parceiros, sem que se discutam as possíveis conseqüências e a viabilidade de tal conduta, além de permanecerem expostas a novas infecções, dado que a prevenção não é abordada. Os atendimentos acabam sendo restritos à verificação de sintomas e à prescrição de tratamento medicamentoso, sendo omitidas informações importantes para o cuidado com a saúde das usuárias, como a característica de transmissão sexual dos agravos que apresentam.

A prevenção das DST/aids está ausente destes atendimentos, não tendo sido observadas quaisquer abordagens nesse sentido em nenhuma consulta.

iii. Componentes do trabalho da USF especificamente voltados para a prevenção das DST/aids

Diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites B e C para a população geral

A oferta do diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites B e C foi implantada na USF em junho de 2005, cerca de um ano antes do início do trabalho de campo deste estudo.

Para sua implantação, o enfermeiro foi capacitado pelo Programa Municipal de DST/Aids. Ele é o profissional responsável pela realização do aconselhamento e solicitação dos exames dos usuários que buscam a testagem espontaneamente.

Os testes são realizados diariamente, em qualquer horário. Os usuários podem solicitá-lo espontaneamente ou ser encaminhados por algum profissional da equipe:

“Se a pessoa tem uma queixa: ‘ai, trabalho como manicure’ ou a pessoa foi fazer a unha, aí fica com aquele receio, a gente fala ‘pode procurar, faz um teste, o enfermeiro te dá o pedido, você faz o exame de sangue, pra ver hepatite, pra ver sífilis, HIV’ (...). Às vezes a pessoa (...) fala, ‘ando meio desconfiada do meu

marido', a gente indica, usuários de drogas, se bem que hoje em dia é um pouco difícil quem usa droga injetável, pelo menos aqui a maioria é inalada". (ACS 2)

"Agora a gente tá com o COAS, (...) então, quando precisa, eu falo pro enfermeiro 'Olha, tem um caso assim, talvez venha te procurar'. Aí a pessoa vem, ele atende, conversa bem com o paciente, ele faz, manda pro COAS e o COAS manda o retorno pra gente". (ACS 1)

Para informar a população sobre a disponibilidade dos exames, a USF fez divulgação por meio da colagem de cartazes em locais de grande circulação de pessoas na comunidade, o que, segundo relatos da equipe, fez com que a procura pela testagem aumentasse.

"Agora estão vindo muitas pessoas perguntar, a gente colocou o cartaz com a informação na padaria, que é um lugar, assim, que muita gente entra e sai, em bastantes lugares em que o público tem mais acesso, no supermercado, bem assim pertinho da porta". (Auxiliar 1)

"[No começo a dificuldade era a] pouca procura. E agora essa demanda aumentou bastante. Antigamente eu tinha um por semana, hoje eu tenho oito ou dez que me procuram por semana. Acho que aumentou significativamente". (Enfermeiro)

"Agora tem bastante gente fazendo coleta do COAS (...). Todo dia tem uma coleta". (Auxiliar 2)

Há também um cartaz no mural da USF que informa aos usuários que os testes estão disponíveis e recomenda que procurem o enfermeiro para mais informações. Ao longo do trabalho de campo, na primeira observação feita após a realização da única reunião de equipe que ocorreu no período, uma série de outros cartazes de estímulo à testagem foram afixados nas paredes e portas da USF e outros, em formatos de folheto com informações sobre formas de transmissão e prevenção das DST/aids, foram colocados à disposição da população no balcão da recepção.

De acordo com os registros disponíveis na USF, quatorze testes anti-HIV foram realizados no período de junho a setembro de 2006. No entanto, o controle dos exames é deficiente. No momento da solicitação do exame, duas fichas são preenchidas. A primeira, preenchida durante o procedimento de aconselhamento, é uma ficha adaptada do formulário do Sistema de Informações dos Centros de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA), na qual constam informações pessoais do usuário, sobre suas práticas sexuais e de uso de droga, sua motivação para a testagem e outras informações relevantes sobre exposição a riscos de infecção. Essa ficha é guardada na USF, numa pasta que fica na sala do enfermeiro.

A segunda ficha que é preenchida é chamada de “mapa de sorologias” e contém as seguintes informações: data da solicitação do exame, unidade de saúde solicitante, nome ou apelido do usuário, sexo, idade, profissão, bairro, gestante, uso de preservativo, retirada de preservativo, solicitação de VDRL, solicitação de teste treponêmico para sífilis, solicitação de anti- HIV, solicitação de HbsAg e solicitação de anti-HCV. Esse mapa é enviado para o Programa Municipal de DST/aids e a unidade não obtém nenhum retorno do que é feito com estas informações.

(Observação do trabalho da gerência)

Quando pergunto sobre como guardam os resultados, o enfermeiro primeiro me diz que eles fazem cópias dos mapas. Solicito, então, as cópias dos mapas anteriores, para verificar os quantitativos. Ele começa a procurar nas pastas que guarda numa gaveta da sala dele e me diz: ‘agora você me pegou, que eu não sei onde tá isso. Ah, não, me confundi: a gente não tem cópia disso, não, a gente fica com esse formulário aqui (me mostra o do aconselhamento). Esses aí a gente tem todos, depois eu posso achar pra você’.

Os testes realizados pela população geral seguem um fluxo diferente do seguido pelos testes realizados pelas gestantes. Enquanto estes últimos entram na cota de exames diários da USF e são realizados no laboratório municipal, os primeiros são coletados na USF e enviados para o Ambulatório de Moléstias Infecciosas, com pagamento pelo Programa Municipal de DST/Aids. Isso permite a realização dos exames não apenas para usuários cadastrados como também para os não-cadastrados. Ao usuário que busca um dos exames - HIV, sífilis ou hepatites - são oferecidos os demais.

O resultado leva cerca de quinze dias. A USF já diagnosticou um caso positivo de hepatite C, mas nunca um caso positivo de HIV. Caso isso venha a acontecer, o resultado não será entregue na USF, como explica o enfermeiro:

“Quando eu receber um exame de HIV positivo eu vou encaminhar esse paciente para o ambulatório, porque eu faço o COAS aqui, quando o resultado dá positivo eu entro em contato, já marco uma consulta. Eu não dou esse resultado na mão do paciente, porque eu não sei se ele não pode se jogar na frente dum carro aqui, então eu falo para ele “vai buscar seu resultado que está pronto” e lá tem no ambulatório eles têm tudo, tem psicólogos que podem dar todo o suporte”.
(Enfermeiro)

Em alguns atendimentos, como a coleta de papanicolaou e os grupos de hiperdia e planejamento familiar, foi possível observar os profissionais informando os usuários sobre a disponibilidade da testagem. No entanto, em nenhuma delas pareceu haver clareza por parte dos profissionais sobre a finalidade daquela recomendação para os usuários em questão, sendo freqüente que seja referido como algo a ser feito prioritariamente pelos jovens.

Durante os três meses de trabalho de campo, excetuando-se as gestantes, somente foi possível identificar um usuário buscando a testagem e uma usuária que buscou a USF para retirar o resultado dos exames que havia realizado.

(Observação de sala de espera)

Um usuário chega na recepção, pergunta como faz pra fazer o teste de hepatite e se pode fazer sem o médico pedir. A recepcionista titubeia, pergunta para o enfermeiro que está ao lado dela, ele diz que sim.

Enfermeiro: É isso que você veio fazer hoje?

Usuário: Não, hoje eu vim marcar consulta.

Enfermeiro: Então eu vou fazer o pedido de todos os exames hoje e você vem colher amanhã, tá?

Usuários: Tá.

(Entram na sala, o atendimento começa a ser feito com a porta aberta, que é fechada alguns minutos depois. Cinco minutos mais tarde, a auxiliar atravessa a

recepção perguntando pelo gerente. Segue até a sala, abre a porta, entra, pergunta algo e sai. O atendimento logo é encerrado e o paciente sai agradecendo.

(Observação de sala de espera)

Uma usuária veio pedir pra retirar seus exames, pois está se mudando para SP.

ACS: Que exames você fez?

Usuária: De hepatites. Faz umas duas semanas.

ACS: Ih... você não tem um contato para deixar pra gente ligar? Esses exames assim a gente tem que entrar em contato com o paciente.

A usuária passa um número de telefone e vai embora.

O aconselhamento é referido pelos profissionais da equipe como preenchimento de um questionário para coleta dos exames:

“O que faz mais orientação para DST/aids é o COAS, [que é feito] por mim e a procura é demanda espontânea, não tem dia marcado. Nós espalhamos cartazes nas padarias, bares. Ou seja, chegou me procurou, já preencho todos os papéis, peço os exames e encaminho. E isso é espontâneo e esse aconselhamento demora por volta de quarenta minutos, cinquenta minutos, pois temos que preencher um questionário, vou fazer uma série de perguntas para ele”. (Enfermeiro)

“Quando vem gente pedir pra fazer o exame, a gente pede pra falar com o enfermeiro porque tem que responder um questionário que fica na sala dele, aí ele aborda também esses assuntos”. (Auxiliar 2)

Nota-se que esta é a atividade de prevenção das DST/aids mais bem estruturada do conjunto, por contar com um profissional responsável por ela, com supervisões periódicas e com um protocolo de referência. É também a única reconhecida pelos profissionais como uma atividade especificamente implantada para a prevenção das DST/aids. Ainda assim, a falta de padronização entre os membros da equipe sobre os critérios para realização do teste acaba colocando obstáculos ao acesso dos usuários. Nos dois casos observados, chama atenção a falta de clareza dos profissionais sobre o fluxo da testagem, que chega a

inviabilizar, momentaneamente, o acesso de uma usuária ao resultado de seus exames. A finalidade preventiva do processo de testagem é limitada, dada a falta de realização adequada do aconselhamento, especialmente no atendimento das gestantes.

Dispensação de Preservativos

Os preservativos masculinos, como todos os métodos contraceptivos, ficam na farmácia, onde são armazenados e distribuídos. Para ter acesso a eles, os usuários devem fazer um cartão (além do cartão da família, utilizado nos outros atendimentos) que os autoriza a retirar 12 preservativos por mês. Profissionais do sexo têm direito a 90 preservativos por mês. A função do cartão, segundo os profissionais da equipe, é identificar os usuários que retiram preservativo e fazer o controle da quantidade retirada.

Usuários que não moram na área de abrangência da USF (portanto não-cadastrados) podem retirar preservativos, mas em quantidades menores que os demais e são orientados a retirarem na unidade de saúde na qual estão cadastrados. As informações constantes nele são apenas dados pessoais dos usuários, data e número de preservativos retirados.

A USF já teve preservativos femininos para distribuição. No entanto, com a pouca procura, muitos tiveram a validade expirada. Estes insumos não estão mais disponíveis na unidade.

Há consenso entre os profissionais da equipe de que a procura dos usuários por preservativos ainda é muito baixa. O único profissional que identifica um crescimento pela procura é o médico, mas que também reconhece que ainda não atingiu o nível desejado. Os motivos identificados para essa situação são a falta de conscientização dos usuários e as barreiras culturais, principalmente o machismo, que dificultam o uso do preservativo.

“Não [costuma faltar], mas também a procura não é muita. São só alguns que tiram, só aqueles que têm consciência, né?”. (Recepcionista)

“Eu acho que [as pessoas procuram] pouco, pelo número de pacientes que a gente tem. E tem gente que pega num mês, depois fica 2 ou 3 sem pegar, aí volta de novo. Mas também é porque a maioria o parceiro não gosta. A gente fala ‘o que você usa?’ ‘nada’ ‘nem preservativo?’ ‘ah, meu marido não gosta, eu não gosto’. (...) É mais a cultura mesmo, que o marido acha que a mulher tem que confiar nele,

porque ele só tem ela, então fica difícil para ela convencer do uso. Porque ele não gosta, fala do tamanho, que tá tá apertado (risos), é desculpa, né, fala que ele tem alergia. É mais desculpa mesmo. Mais por isso mesmo, que já tem tanto tempo de casado, tem que confiar no marido, eles falam ‘eu não tenho outra mulher, se a minha mulher não confia em mim...’ É mais essa questão da confiança que eles usam”. (Auxiliar 2)

“A procura por preservativos, principalmente do sexo masculino, cresceu de uma forma até assustadora. Isso é muito bom! Eu acho que [por causa das] campanhas, as campanhas elucidativas, não só dentro da nossa unidade de saúde, como também o governo (...) Eu acho que está havendo uma conscientização, embora eu vou dizer pra você que a gente vê que isso ainda está um pouco longe do que nós estávamos pretendendo (...) que era atingir uma porcentagem maior. Ainda existe muita restrição, muita barreira. Eu falo, você vai até achar estranho, mas isso é muito comum: ‘ah, eu não vou chupar bala com papel’. Tem muito homem que não adota em hipótese nenhuma usar camisinha. Ele acha que o prazer sexual é muito maior sem o preservativo”. (Médico)

“Outro dia eu ‘tava’ conversando com o enfermeiro, tem preservativo sobrando e, assim, aqui não tem esse negócio de só dar para cadastrado, não. Aqui chegou, pode ser adolescente, pode ter quatorze, quinze anos, mesmo não cadastrado, eu vou estar distribuindo.(...) Infelizmente, eu que trabalho na área da saúde já há algum tempo, eu cheguei à conclusão que homem não gosta de usar preservativo. Ele vai usar o preservativo quando? Se a mulher exigir que ele use, a namorada. (...) Porque assim, aqui tem muita gente que veio de outro lugar, muito homem querendo ser machão e a mulher acaba cedendo. Então é onde eu te falei que tem muito caso de HPV aqui. Se a mulher é casada, imagina se o marido vai querer que ela use preservativo! Então a mulher acaba sempre cedendo”. (Auxiliar 1)

A equipe não identifica possibilidades de atuação da USF contribuir para a redução dessas barreiras culturais, percebendo sua atuação como limitada ao repasse de informações, a partir das quais caberia aos usuários conscientizarem-se.

“Eu acho que isso não tem jeito. A gente ainda tem cabeças aqui de pessoas que acham que se a mulher fizer laqueadura ela não vai ser mais mulher. Depende da pessoa. É igual preservativo, sabe como que eles falam? ‘Bala com papel não é a mesma coisa’. Então assim, é difícil você enfiar na cabeça deles ainda, eu acho que com tantos programas que tem, tem nas escolas, nos postos tem orientação, mas ainda tem que ser da conscientização das pessoas, deles mesmos. Não que o governo não faça nada, que a saúde não faça nada. Porque saúde pública trabalha com o preventivo, a gente quer prevenir, com prevenção, a quer prevenir que a doença aconteça. Mas, é difícil ainda entrar na cabeça deles. Eu gostaria que a gente, quando fosse fazer o fechamento do preservativo, que tivesse saído muito mais, pelo número de pessoas que a gente tem aqui, do que sai”. (Auxiliar 1)

Nesta importante ação de prevenção da USF observa-se uma contradição: o controle do número de preservativos retirados, com obrigatoriedade de apresentação de cartão específico pra controle de quantitativos, mostra-se incoerente com a sobra de preservativos relatada pelos profissionais e com a dificuldade que encontram em promover a adesão dos usuários a esse insumo.

Também contraditório é o fato de que, num contexto em que as mulheres são consideradas grupo prioritário para a prevenção, a perda dos preservativos femininos pela expiração do prazo de validade tenha levado a equipe à desistência da disponibilização desse insumo, em vez de buscar novas alternativas para a abordagem da prevenção.

Os profissionais reconhecem a pouca adesão dos usuários ao preservativo e a importância da confiança nas relações como um limitador para o uso, mas não reconhecem como parte de sua atribuição lidar com essas questões – concluem que *não tem jeito*.

Atendimento de segmentos populacionais mais vulneráveis ao HIV

A equipe identifica como grupos prioritários para o trabalho de prevenção das DST/aids os jovens e as mulheres. No caso destas últimas, essa percepção está associada

principalmente ao conhecimento do aumento de casos de aids entre elas. Já em relação aos jovens, a prioridade é dada pela percepção dos profissionais de que, nesse grupo, a troca de parceiros sexuais e o uso de drogas, que os exporiam ao risco de infecção pelo HIV, são mais comuns que em outros grupos. Estes parecem ser também os grupos que os profissionais identificam como mais acessíveis para tratar de questões relacionadas à sexualidade e ao uso de drogas.

“[Os que mais se beneficiam] do trabalho de prevenção são os jovens (...), porque é o grupo que tem maior vulnerabilidade. Eles não têm consciência do que eles fazem muitas vezes lá fora. Então, eu acho que esse serviço beneficia muito essa população jovem”. (Enfermeiro)

“Assim, eu trabalho mais com a meninada jovem, mas também com as mulheres casadas, (...) quando ela dá espaço eu falo. (...) Porque eu acho que os jovens, hoje em dia, têm muita troca de parceiros, drogas injetáveis, então a gente nunca sabe, né? E tem uns meninos assim, na minha área, que eu vejo que são uns meninos bacanas, que eu tenho liberdade de chegar, perguntar (...) eu tenho essa liberdade, de estar convocando eles pra vir na unidade, teve uma vez que veio bastante menino fazer os exames aí, entendeu? Então eu acho que pela idade deles, eu acho que o foco maior está aí. E mulheres casadas porque assim, o maior foco hoje em dia de DST, de HIV, está entre as mulheres casadas”. (ACS 3)

Essa percepção resulta na organização de ações específicas de prevenção para esses grupos, principalmente de jovens, como a realização de grupos nas escolas e atividades de estímulo à testagem.

“Então assim, nós também abordamos uma época antes de ter COAS, nós temos muitos drogados aqui na área, lá em cima. Então a gente teve uma idéia: de estar conversando com as agentes para elas estarem conversando com os adolescentes (...) se eles gostariam de fazer o exame de HIV, hepatite C, sífilis, essas doenças sexualmente transmissíveis. E a gente conseguiu pegar bastante, eu falo “caçar”, né, porque a gente estava fazendo uma caça aos adolescentes. Muitos vieram, a gente não teve nenhum caso de HIV positivo”. (Auxiliar 1)

Apesar disso, relatam que, mesmo entre esse grupo, o uso de preservativo ainda é baixo, o que constatam, principalmente, pelo grande número de adolescentes grávidas na área de abrangência da USF.

Os profissionais fazem referência à presença relevante de segmentos classicamente considerados como mais vulneráveis ao HIV (profissionais do sexo, usuários de drogas e homossexuais) na área de abrangência da USF, mas não relatam e nem se observou a existência de qualquer atividade especificamente voltada a eles (exceto a diferenciação do número de preservativos disponíveis para profissionais do sexo). Embora o gerente relate a identificação de alguns desses grupos no trabalho feito pelas ACS na comunidade, para alguns profissionais da equipe eles são considerados difíceis de serem identificados e abordados.

“[Nas visitas as ACS] Identificam [casos de uso de drogas] e trazem para mim para a gente fazer [a testagem] (...). Elas encontram focos, boca de fumo, as pessoas usando (...) e elas trazem para mim para a gente fazer a abordagem com esse paciente, conscientizar”. (Enfermeiro)

“Eu acho que os mais promíscuos é que procuram [mais as atividades de prevenção]. Hoje em dia todos, mas acho que aqueles que levam um ritmo de vida mais promíscuo, os gays. A gente tem pouquinhos aqui, mas deles nós colhemos [sorologia de] todos, porque eles pedem de livre e espontânea vontade (...). Mas aí com eles a gente fala pra daqui a seis meses voltar, porque eles não se cuidam ainda”. (Auxiliar 1)

Não há ações específicas para a promoção do acesso dos grupos mais vulneráveis às DST/aids às ações de prevenção. São eleitos como prioritários os segmentos já acessados pela USF e que já apresentam alguma abertura para as questões relacionadas à sexualidade e ao uso de drogas.

CONCLUSÕES

A USF apresenta limitações estruturais, como a insuficiência do espaço físico e dos recursos humanos para realização das atividades a que se propõe (como os grupos, por exemplo) que devem ser consideradas na análise de seu processo de trabalho. Entretanto, a abordagem avaliativa utilizada neste estudo nos permite abstrair esses constrangimentos em certa medida, uma vez que eles não chegam a tornar inviável o trabalho do serviço de saúde.

Concordando com os achados de outros estudos (SCOREL E COLS, 2007; SCHRAIBER, 2005), na USF estudada identificamos a persistência de um arranjo tecnológico focado principalmente em algumas doenças e nas atividades curativas, porém, com a presença de algumas inovações tecnológicas que indicam potencialidades da Estratégia Saúde da Família no sentido da integralidade.

Em relação à priorização, existe um descolamento entre o plano discursivo e o plano técnico-operativo: a prioridade preventiva e a atuação comunitária da Saúde da Família, tão destacadas nas falas da equipe, são sobrepostas, na prática, pela priorização de atividades curativas, focadas no atendimento individual.

O fluxo de funcionamento é definido em torno da viabilização do atendimento médico, envolvendo todos os profissionais da equipe e permitindo a triagem dos casos não agendados, o acompanhamento de atendimentos em que o médico necessita de auxílio e a minimização da busca por consultas. O trabalho dos demais profissionais de saúde é pouco específico e configura-se em atividades subespecializadas do trabalho médico. As relações na equipe são organizadas a partir do saber biomédico, que hierarquiza a atuação de cada agente no processo de trabalho.

Os profissionais não reconhecem a existência de dificuldades relacionadas a questões internas da USF, mesmo havendo um evidente estrangulamento do trabalho pela demanda por atendimento médico. Relacionam as dificuldades com questões externas à unidade, inclusive com o que classificam como a falta de compreensão da comunidade sobre a proposta preventiva da ESF.

As atividades preventivas ocorrem, mas ocupam lugar secundário no processo de trabalho da unidade de saúde. A falta de sistematicidade dos grupos de planejamento familiar e de exames, por exemplo, contrasta com a organização das consultas médicas. Embora os profissionais associem os frequentes cancelamentos e mesmo a suspensão de

algumas das atividades de grupo (caso das gestantes e adolescentes) em função da limitação do espaço físico da unidade, o que se constata é que há uma desvalorização dessa modalidade de atendimento, que chega a ser referida como uma “perda de tempo”. Quando acontecem, as atividades em grupo têm como finalidade principal “economizar” as consultas médicas.

A prevenção operada na USF tem por referência a perspectiva controlista, que, por muito tempo, caracterizou certa concepção de educação sanitária. Sua finalidade exclusiva é modificar comportamentos, partindo do pressuposto de que o repasse de informações e a prescrição de condutas são suficientes para tal. Tanto no caso das DST/aids quanto dos demais agravos, o que se observa é a inexistência de dispositivos tecnológicos que orientem as atividades preventivas na USF, que se resumem a orientações freqüentemente pautadas pelo senso comum.

A aproximação com a comunidade, favorecida, principalmente, pelo trabalho das ACS nas visitas domiciliares, representa a mudança mais significativa da ESF em relação a outros arranjos tecnológicos (ESCOREL E COLS, 2007). No caso estudado, porém, prevalece uma burocratização das atividades das ACS, que acabam tendo nas atividades meio – cadastro, preenchimento de instrumentos de informação, repasse de recados sobre datas de consultas e grupos – a finalidade principal de seu trabalho. Há empenho das agentes para a solução dos casos complexos (seja pelo agendamento de consultas ou pela solicitação de apoio de outros profissionais de saúde) e, na atuação de algumas delas, observam-se iniciativas de trazer a comunidade para a unidade. Todavia, na totalidade do trabalho, o potencial de estabelecimento efetivo das ACS como elo da comunidade com o serviço de saúde aparece com uma importante inversão: as ACS, menos do que representantes da comunidade na USF, são representantes da USF na comunidade. Dito de outro modo, a finalidade principal de seu trabalho não é a de trazer as dificuldades da comunidade para o interior da unidade, mas a de levar as informações da USF para a comunidade, controlando o cumprimento de alguns cuidados com a saúde.

Os principais instrumentos do trabalho são a consulta médica, a prescrição de condutas e o fornecimento de medicamentos. Conseqüência disso é que deixam de ser acessados aqueles que, nos planos discursivo e propositivo, seriam prioritários na ESF: os beneficiários de atividades preventivas. Buscam o serviço as pessoas que já apresentam

algum problema de saúde, permanecendo inacessíveis segmentos importantes do ponto de vista preventivo, como mulheres que nunca realizam papanicolaou ou pessoas com hipertensão leve. Prevalece, então, um perfil de clientela semelhante ao classicamente descrito nos serviços de atenção primária: mulheres em idade reprodutiva, crianças e idosos.

Questões que não se resolvem por uma tecnologia material “dura” (MERHY, 2000) - um exame, um medicamento, uma prescrição - não são admitidas como questões da saúde e, portanto, não são tomadas como objeto do trabalho.

Os padrões de julgamento dos profissionais, embora descolados do plano normativo, são coerentes com o plano operativo da USF. Similarmente ao que fora verificado por Fachhini e cols (2006), os dispositivos tecnológicos que permitiriam à equipe conhecer os efeitos de seu trabalho no nível coletivo (como a redução da incidência de alguma doença ou de indicadores básicos, como o número de consultas por gestantes ou o percentual de hipertensos e diabéticos em tratamento, por exemplo) são esvaziados de sentido tecnológico. Em razão disso e por ser o trabalho majoritariamente individualizado, os profissionais somente conseguem identificar como melhor resultado possível de seu trabalho a cura de doenças.

Sem o compartilhamento e o uso das muitas informações que produz, a equipe pauta pouco sua atuação na realidade de seu território de abrangência. Com isso, prejudicam-se tanto a identificação de áreas de maior vulnerabilidade quanto o aproveitamento dos recursos de que dispõe a comunidade, seja para a prevenção das DST/aids, seja para quaisquer outras questões de saúde da coletividade.

A fragilidade da articulação técnica do trabalho, similar à que já fora verificado por Trad e Silva (2005), aliada à indefinição de protocolos comuns que orientem a atuação da equipe, aparecem como dificuldades importantes para a concretização da integralidade do cuidado. O desconhecimento de protocolos técnicos resulta na incorreção de procedimentos, como a recomendação de repetição anual do papanicolaou para mulheres saudáveis, a não realização de exame de mama durante a coleta do papa e as consultas ginecológicas, a indicação de banhos como critério para realização da coleta de papanicolaou e a falta de clareza sobre as regras para realização de laqueadura tubária. É preciso destacar, porém, que nos momentos em que há espaço para a discussão coletiva, a

equipe consegue construir estratégias de melhoria do atendimento que podem ter impacto positivo no trabalho e na atenção aos usuários e à comunidade, como aconteceu com a mudança no agendamento das consultas de crianças acordado na reunião de equipe observada.

A efetividade comunicacional destaca-se como uma das principais fragilidades do processo de trabalho, inclusive no que concerne à abordagem das DST/aids. Embora observada em todos os tipos de atendimento, essa fragilidade é particularmente grave no caso das ACS, que têm no diálogo seu principal dispositivo de trabalho.

Na atenção que realizam, os profissionais desconsideram a singularidade dos usuários, mesmo no tocante apenas às demandas biológicas. Normatividades diferentes não são consideradas e, mesmo quando identificadas, não geram ações específicas. A não-adesão às instruções repassadas pela equipe é interpretada como rebeldia, infantilidade ou inferioridade cultural, sendo freqüente a culpabilização dos usuários por seus adoecimentos.

Assim, a comunidade é percebida pela equipe como desprovida de conhecimentos e saberes – não conhecem os métodos contraceptivos, não conhecem seu próprio corpo, não sabem sequer o que é ser diabético ou hipertenso, mesmo o sendo. Há uma desvalorização do saber prático que se constrói a partir da existência e da vivência cotidiana de algumas condições próprias do adoecimento. Com isso, o diálogo da equipe com os usuários é, na maior parte das vezes, tecnicamente empobrecido e, em lugar de se configurar numa oportunidade de enriquecimento do saber técnico pelo saber prático, tem a finalidade de disciplinar, moralizar, reprimir. Fala-se muito *sobre e para* a comunidade, mas fala-se pouco *com* a comunidade. Desvaloriza-se o potencial dos sujeitos para a formulação de soluções viáveis para os cuidados com a saúde individual e coletiva e perpetua-se o desconhecimento da USF sobre as necessidades de saúde da comunidade.

Também nas relações entre a equipe a efetividade comunicacional é mínima. Os registros não são compartilhados e inexistem espaços de discussão sistemática. Os saberes práticos das agentes sobre a comunidade são desvalorizados no processo de trabalho.

No que concerne especificamente à prevenção das DST/aids, a USF realiza importantes ações, como a disponibilização de preservativos, a testagem para gestantes e população geral e a realização do tratamento da sífilis, que representam avanços do ponto

de vista da ampliação do acesso e da cobertura das ações de prevenção, antes restritas à atuação dos CTA.

Especialmente no caso do diagnóstico, atividade mais bem estruturada das ações de prevenção de DST/aids, o acesso da população é facilitado pelas condições proporcionadas pelo investimento do Programa Municipal de DST e Aids: estabelecimento de fluxo próprio para os exames, sem cota preestabelecida, e de fluxo específico para atendimento dos casos diagnosticados, com encaminhamento rápido e resolutivo.

Embora o diagnóstico apresente maior definição tecnológica em relação às demais atividades de prevenção – conta com um profissional responsável por sua realização, devidamente capacitado, com supervisões específicas, fluxo e critérios de realização bem definidos –, o aconselhamento, componente tecnologicamente mais complexo do procedimento de testagem, é realizado de maneira inadequada, restringindo-se ao preenchimento de um formulário para a população em geral e sendo negligenciado no atendimento das gestantes. Isso é particularmente preocupante se consideramos que essa omissão, verificada em diversos estudos (FELICIANO E KOVACS, 2003; KUMAR E COLS, 2004), representa uma importante violação dos princípios éticos do PN DST/Aids, principalmente da voluntariedade da testagem para o HIV em qualquer contexto.

Também não se verificam ações dirigidas para a promoção do acesso de grupos prioritários para a realização da testagem, definidos no plano normativo, como portadores de DST e de tuberculose. Da mesma maneira, ao considerar mulheres e jovens como os segmentos mais vulneráveis à infecção pelo HIV no contexto da comunidade estudada, a USF parece optar pela priorização dos segmentos que já acessa. Similarmente ao observado no estudo de Pinho e cols (2003) em relação ao pânico, as ações de prevenção acabam sendo mais acessadas pelos grupos menos vulneráveis, sem que haja iniciativas de facilitação de acesso de grupos que conhecidamente encontram dificuldades para acessar os serviços de saúde e que vivenciam situações de exposição à infecção pelo HIV, como as usuárias de drogas (SILVA E COLS, 2007).

Os profissionais não reconhecem a dispensação de preservativos, o tratamento de DST e a identificação e promoção do acesso dos grupos mais vulneráveis aos serviços como ações de prevenção das DST/aids, valorizando em suas falas como ações preventivas as orientações dadas nos atendimentos. Em alguns casos, a prevenção é citada como

componente de atividades que não acontecem na USF, como os grupos de gestantes e adolescentes.

Embora reconheçam que a abordagem da prevenção deva respeitar o limite colocado pelos usuários e suas escolhas relativas à vivência da sexualidade, refiram que tal abordagem não se deva dar pela via da repressão das práticas sexuais e sim no sentido da orientação de cuidados necessários para manter-se saudável, e percebam a insuficiência da prevenção limitada ao repasse da informação, os profissionais encontram dificuldades em objetivar este conhecimento nas suas práticas cotidianas. Reproduzem uma abordagem tecnologicamente simplificada, baseada na reiteração genérica e normativa de orientações sobre uso do preservativo e do risco das DST, inclusive com o uso de estratégias há muito superadas no campo da aids, como o uso do medo como ferramenta de prevenção (AYRES, 2002).

Do mesmo modo que no teste de gravidez e contrariando a idealização da simplicidade de incorporação da prevenção das DST/aids nas atividades consideradas proficuas à abordagem (DINIZ E VILLELA, 1999), como as dirigidas ao cuidado com a saúde sexual e reprodutiva, as discussões sobre esse tema não compõem as consultas ginecológicas, de adolescentes e de pré-natal. Mesmo nos casos em que se constata a necessidade de discussão sobre o uso do preservativo como forma de evitar a reincidência de DST, tal discussão é omitida, contribuindo para a manutenção das condições de vulnerabilidade das usuárias. O trato distanciado e normativo e a negação da abordagem da prevenção em diversos atendimentos podem ser interpretados como formas “seguras” de lidar com o tema, que evitam a imprevisibilidade que abordagens mais dialógicas proporcionariam (SEFFNER, 2002).

Confirmando o que já fora observado e explorado em diversos estudos (SCHRAIBER, 2005; GIFFIN & LOWNDES, 1999; VILLELA, 1999), o trabalho da USF reproduz e reforça estereótipos de gênero que potencializam a vulnerabilidade feminina, especialmente no que diz respeito aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva. Os saberes socialmente construídos sobre o masculino e o feminino aparecem em diversos momentos do cuidado, mas com especial relevância no atendimento das DST, nas orientações dadas no planejamento familiar, na queixa ou até reprovação dos profissionais

sobre o trabalho das mulheres que as impede de acompanhar as consultas das crianças ou de estar em casa para receber as visitas das ACS.

O cuidado com a saúde, especialmente no que se refere às questões de reprodução e sexualidade, é reiterado como tarefa feminina, não havendo iniciativas de aproximação dos homens dos atendimentos de planejamento familiar ou pré-natal, nem fluxos estabelecidos para tratamento de parceiros de mulheres portadoras de DST. Com estas últimas, os profissionais não dialogam claramente sobre o modo de transmissão destas doenças, o que em outros estudos (VILLELA, 1999; GIFFIN E LOWNDES, 1999) mostrou-se associado ao temor de trazerem à tona a infidelidade masculina e interferirem em assuntos que, na concepção dos profissionais, não diriam respeito ao serviço de saúde. Com isso, o serviço reitera a participação mínima dos homens nas questões reprodutivas, transfere a responsabilidade do tratamento das DST exclusivamente para as mulheres e reforça a ausência de diálogo sobre as questões de saúde sexual entre homens e mulheres.

Os profissionais reconhecem as desigualdades de gênero como obstáculos à efetivação da prevenção das DST/aids, porém, uma vez mais, esse conhecimento não se transforma num instrumento de trabalho e não compõe as práticas. As mulheres jovens são particularmente mais suscetíveis à violação de seus direitos sexuais, especialmente quando são submetidas a avaliações de virgindade nas consultas ginecológicas ou quando têm o resultado de seu teste de gravidez revelado a toda a equipe em atendimentos na sala de espera. Esses casos são emblemáticos da violação de valores centrais do PN DST/Aids: a privacidade, o sigilo e o respeito à vivência da sexualidade.

Sinteticamente, podemos agrupar nossos achados em dois tipos de tensionamentos identificados no processo de implantação das ações de prevenção das DST/aids no serviços de APS.

O primeiro, também relatado em outros estudos sobre a saúde da família (ESCOREL E COLS, 2007; SCHRAIBER, 2005), refere-se ao desafio da superação da fragmentação em prol da integralidade das práticas de saúde. Essa é uma dimensão já expressa em diversas discussões sobre os modelos tecnológicos de organização da atenção primária, como as ações programáticas e a vigilância em saúde, que a ESF vem recrudescer no plano das práticas. Embora longe de superar esse desafio, a ESF confronta os serviços de saúde com necessidades da comunidade que requerem uma atuação que transcenda a

abordagem estritamente biomédica. No entanto, faltam aos serviços, além de recursos estruturais básicos, como profissionais em quantidade suficiente e espaços físicos adequados, dispositivos tecnológicos específicos para uma atuação diferenciada e articulada intra e intersetorialmente.

Conforme a argumentação de Tesser (2006), percebemos que, na ausência de um referencial tecnológico próprio da saúde da família, o trabalho da USF, embora orientado pelo ideal preventivo, tende a reproduzir intervenções baseadas nos saberes biomédico e do senso comum. Com isso, mesmo estando este ideal incorporado no nível discursivo e, em menor medida, no operativo (por exemplo, no empenho dos profissionais em orientar os usuários), as práticas preventivas são tecnologicamente empobrecidas. Na ausência de interdisciplinaridade e multiprofissionalidade são escassos os saberes da equipe para a construção de uma compreensão ampliada sobre os determinantes do processo saúde-doença, que poderiam permitir o reconhecimento do limite da atuação da USF e implementação de mudanças no processo de trabalho.

Tem-se, então, um trabalho tensionado por uma proposição de atenção primária extremamente ambiciosa (reorientação do modelo de atenção, prioridade da prevenção e da promoção da saúde), reiterada num discurso genérico no âmbito da gestão e da operação do trabalho, cujos dispositivos tecnológicos necessários para sua operação são ainda precários.

O segundo tensionamento identificado é aquele entre os valores éticos que orientam a resposta brasileira à aids e os valores normativos que se verificam nas práticas da USF. Das previstas no plano normativo do Ministério da Saúde e tomadas como referência para esta avaliação, excetuando-se a testagem e a dispensação de preservativos, as atividades consistem, basicamente, em orientações genéricas realizadas em alguns atendimentos, pautadas pelo conhecimento que cada profissional possui sobre o assunto, sem que haja protocolos que as orientem nem supervisões para a equipe como um todo. Num contexto de descentralização das ações de prevenção, isso é particularmente relevante, na medida em que sua realização em contextos cada vez mais diversificados pode representar um risco de maior distanciamento entre o quadro ético-normativo que alicerça as ações do Programa Nacional de DST e Aids e as ações que se operam na prática.

Em que pese a pouca permeabilidade da tecnologia predominante na atenção primária a práticas mais integrais, entendemos que o tensionamento provocado pela

implantação de atividades de prevenção das DST/aids pode, ainda que não alcance sua efetividade potencial máxima, representar um avanço na direção da integralidade. Nesse sentido, similarmente ao afirmado por Tesser (2006) sobre a urgente necessidade de construção de referenciais e práticas próprias para a SF que viabilizem a efetiva mudança do modelo de atenção pretendida pela estratégia, parece-nos que a implantação das ações de prevenção das DST/aids, sem a devida definição tecnológica, pode comprometer sua operacionalização em consonância com os princípios que orientam o PN DST/Aids. Reconhecendo a importância da descentralização para o aumento da cobertura e a sustentabilidade dessas ações, entendemos ser necessária a construção, pelos órgãos gestores, de dispositivos tecnológicos adequados à realidade da APS, que dialoguem com o cotidiano desses serviços e não que os transformem em campo de aplicação de teorias (PINHEIRO, 2001).

Mais do que uma demanda adicional às já sobrecarregadas unidades de saúde da família, essas atividades, ao proporcionarem a “invasão” do cotidiano da APS por questões complexas, como a da sexualidade, e por novos valores, como o do sigilo e da privacidade, tensionam o modelo predominante (CASTANHEIRA, 2002). Podem, com isso, provocar produtivos questionamentos aos serviços acerca de suas próprias insuficiências em objetivar as proposições ético-normativas do modelo que os orienta e contribuir para a concretização de novos e melhores arranjos tecnológicos.

Para finalizar, apresentamos algumas considerações acerca dos limites e das potencialidades do quadro teórico e dos referenciais metodológicos adotados neste estudo.

Em relação ao quadro teórico adotado, consideramos que as categorias avaliativas permitiram o direcionamento do trabalho em consonância com o quadro teórico nas etapas de elaboração dos instrumentos, coleta das informações e análise dos resultados. Permitiram, assim, a identificação de limitações à consecução da integralidade na APS em diversas dimensões da organização do serviço e nos encontros que se estabelecem entre os profissionais de saúde e entre equipe e usuários.

Um importante limite deste trabalho é que, por tratar-se de um estudo de caso, ele nos permite apenas generalizações analíticas, uma vez que os resultados aqui apresentados estarão sempre sujeitos a conformações em outros contextos que não o estudado. Entretanto, isto não quer dizer que não se pretenda do estudo nenhum grau de

aplicabilidade para outras realidades, dado que a descentralização progressiva das ações de prevenção nos últimos anos deve ter produzido situações tecnológicas semelhantes.

Outro limite a ser considerado é que a técnica de observação direta pode produzir um viés: a presença da pesquisadora no ambiente de trabalho pode levar os agentes a uma atuação diferenciada, que procure eliminar práticas por eles consideradas inadequadas. Entretanto, esse viés não traz qualquer prejuízo a este trabalho; ao contrário, auxilia a apreensão pretendida pelo estudo, uma vez que o que se verifica representa aquilo que é tido como o melhor trabalho possível pelos sujeitos pesquisados (MENDES-GONÇALVES, 1994). Além disso, a diversidade de fontes nos permitiu identificar as idealizações e representações dos profissionais e dos gestores acerca da ESF e contrastá-las com o plano operativo concreto. A seleção do local por meio de informantes-chave propiciou a escolha de um local para estudo que atendeu aos critérios preestabelecidos, sendo verificada a prioridade da implantação das ações em nível municipal pelo histórico do trabalho do Programa Municipal de DST/Aids junto à rede de APS e o interesse da USF em aderir a essa proposta. Com isso, ampliamos a validade das informações por nós coletadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre a implantação de ações de prevenção das DST/aids nos serviços de atenção primária à saúde não pode prescindir do conhecimento e da análise da situação atual da organização desses serviços no país.

Tendo encontrado um conjunto de limitações à implantação das ações de prevenção na USF, queremos destacar que, a nosso ver, a contribuição dada pela APS ao controle da transmissão vertical do HIV no Brasil já é de extrema importância e justifica por si a relevância atribuída pelo Ministério da Saúde a essa rede no campo da prevenção das DST/aids.

Contudo, para que esta contribuição possa ser ampliada, pensamos ser necessária a assunção, pelos órgãos gestores dos Programas de DST e Aids e da Atenção Primária, de que implantação das ações de prevenção requer investimentos específicos para se tornar viável, não sendo algo que se incorporará automaticamente às atribuições da APS, pelo menos não na perspectiva dos valores que orientam a política nacional de prevenção da aids no Brasil.

Quanto mais complexas tecnologicamente são as atividades, mais suscetíveis a vicissitudes elas estarão em sua operação. Nesse sentido, é preciso reconhecer a complexidade tecnológica não apenas da efetivação de práticas de prevenção das DST/aids orientadas pelos princípios da resposta brasileira, como também a das práticas operadas na atenção primária orientadas pelos princípios da ESF.

Além disso, há que se considerar que, quanto menor a definição tecnológica de uma ação, quanto mais limitada a enunciados éticos sem referenciais de operação correspondentes ela está, mais frágil é sua implantação. Nesta direção, o aprimoramento das práticas de prevenção nos serviços de APS, longe de depender exclusivamente do compromisso ético individual dos profissionais, requer dos órgãos gestores do Programa de DST e Aids e da rede de APS o desenvolvimento de dispositivos tecnológicos coerentes com o plano propositivo e a realidade concreta dos serviços de atenção primária.

Queremos aqui destacar que a fragilidade na operação das ações de prevenção que encontramos neste estudo não aparece apenas na sua implantação nos serviços de APS. Ela tem sido verificada também em estudos realizados em serviços como os CTA (GRANGEIRO E FERRAZ, 2008; WOLFFENBÜTTEL, 2007; MINAYO E COLS, 1999; FILGUEIRAS E DESLANDES, 1999) e os ambulatórios de atendimento de PVHA

(BRITTO E ALVES, 2003; CASTANHEIRA, 2002), além de noutros espaços em que estas práticas se dão, como escolas (AYRES, 2002).

Frente a isso, há que se questionar: quais são os dispositivos tecnológicos de que dispõe a prevenção hoje? Qual sua caixa de ferramentas? Camisinha, tratamento de DST, controle da transmissão vertical, diálogo? Quais as possibilidades de contribuição da APS para a efetiva ampliação da cobertura das ações de prevenção?

Os profissionais de saúde operam a partir dos referenciais que possuem. É a partir dos saberes dos quais dispõem que articulam os instrumentos que utilizarão para transformar o objeto e atingir a finalidade de seu trabalho. Se dispõem do saber biomédico e da educação sanitária, além dos saberes que constroem no processo de socialização – por exemplo, o saber sobre a diferença sexual – então é a partir deles que atuarão. Atuar na perspectiva da integralidade requer a apropriação de uma diversidade de outros saberes – contribuições da antropologia, da sociologia, da epidemiologia, da psicologia, da pedagogia, entre tantos outros necessários à compreensão do processo saúde-doença – que nem sempre compõem a formação dos profissionais de saúde.

Está claro que importantes avanços têm sido alcançados no campo da prevenção das DST/aids no país, como o aumento do uso consistente do preservativo (BERQUÓ E COLS, 2008) e do percentual de pessoas que já realizaram a testagem para o HIV alguma vez na vida (FRANÇA JUNIOR E COLS, 2008). Entretanto, se o que diferencia a resposta brasileira é o referencial dos direitos humanos, podemos dizer que nem sempre se observa sua operação no campo das práticas. Objetivar esse referencial, trazendo para o plano das ações concretas as dimensões subjetivas, sociais, econômicas, culturais e políticas envolvidas nas possibilidades singulares de autocuidado e proteção de cada sujeito (AYRES, 2003) e atuando sobre as linhas de fragilidade social que movem a epidemia, é o desafio maior das práticas de prevenção hoje.

É certo que não existem soluções mágicas ou modelos prontos para superação desse desafio (PAIVA, 2002) e que, no limite, a redução das vulnerabilidades à infecção pelo HIV depende de respostas sociais muito mais amplas que as possíveis contribuições dos serviços de saúde. Entretanto, está claro também que a contribuição desses serviços é imprescindível para o avanço no controle da epidemia (VILLELA, 1999). Entendemos que o investimento no desenvolvimento de novos instrumentos pode contribuir para a

modificação das concepções éticas e morais que embasam as práticas de saúde ou, minimamente, tensioná-las.

Nesse sentido, a atuação na perspectiva da redução de danos, já utilizada no campo da saúde mental e da prevenção de infecções entre usuários de drogas no Brasil, poderia trazer contribuições para as demais questões da prevenção, de maneira coerente com os princípios ético-normativos do PN DST/Aids e da APS, na medida em que tem como pressuposto a negociação, com cada usuário, sobre suas possibilidades singulares de autocuidado.

Da mesma maneira, a articulação entre os serviços de APS e os programas e iniciativas governamentais e não-governamentais no campo da aids podem apresentar-se como estratégia importante para a resolução de casos complexos.

Propostas de práticas inovadoras, como a metodologia focada na reflexão das *cenas sexuais* construída por Paiva (1999) a partir dos referenciais de Paulo Freire, são também exemplos de possibilidades de ações de prevenção atentas aos diferentes contextos e significados do sexo em cada situação da vida.

Avançar no desenvolvimento dessas propostas, porém, requer iniciativas no campo da gestão que permitam o adensamento tecnológico das ações de prevenção. Nesse sentido, nos parecem particularmente proficuas as considerações de Paiva e cols (2006) sobre a necessidade de superação de uma lacuna importante observada no Brasil e em diversos outros países: a inexistência de espaços de estabelecimento de consensos para o campo da prevenção, nos quais as práticas possam ser pactuadas com base em teorias, definições e princípios compartilhados (PAIVA E COLS, 2006). Esses espaços poderiam representar importantes oportunidades de compartilhamento de experiências, reflexões acerca dos modelos de prevenção e adensamento da definição tecnológica do plano normativo, de modo a torná-lo mais próximo do plano operativo. A inexistência atual desses espaços contribui para a fragilidade das ações de prevenção em todos os contextos, inclusive nos serviços de saúde. Tais fóruns, se construídos de forma democrática e participativa, poderiam representar um importante diferencial para a elaboração de proposições normativas que dialogassem com a realidade cotidiana dos espaços onde as práticas de prevenção acontecem.

Finalmente, é preciso, como argumentam Paiva e cols (2006), incorporar a noção de “direito à prevenção” na agenda do ativismo no campo da aids, promovendo maior mobilização social em torno das questões de acesso aos insumos, à informação, à educação e ao aconselhamento de qualidade, entre outros. Pactuar a prevenção a partir da referência da garantia de direitos facilitaria o estabelecimento de consensos mais sustentáveis entre visões de mundo distintas, de maneira dialógica e compartilhada, tomando os participantes das ações de prevenção como sujeitos de sua saúde.

Na ausência do aprimoramento dos subsídios técnicos e políticos para as práticas de prevenção, o risco é de que o tensionamento produzido pelos valores e tecnologias da aids seja suplantado pela reafirmação de valores mais consolidados e legitimados no cotidiano dos serviços, que são aqueles que embasam as práticas biomédicas no campo da saúde. O investimento na implantação e na maior definição tecnológica das ações de prevenção, como defendidas acima, pode contribuir para que a potencialidade da implantação das ações e o positivo tensionamento por elas produzido na direção da integralidade se efetivem.

Finalizamos retomando a fala de uma das coordenadoras do Programa Municipal de DST e Aids estudado, que consideramos sintetizar as bases necessárias para a melhor resposta da APS aos desafios da prevenção das DST/aids:

(...) O Programa não pode ser preconceituoso com a atenção básica (...). Quem está visualizando que são necessárias inovações tecnológicas, o demandante, é que tem criar estratégia, tem que ampliar seu espaço. (...) Tem que construir (...), tem que atuar na estrutura(...). E isso não é assim, ‘tem que ser devagar e sempre’, não precisa nem ser devagar, tem que ser consistente e solidário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASKEW I, BERER M. The contribution of sexual and reproductive health services to the fight against HIV/Aids: a review. *Reproductive Health Matters* 2003; 11(22):51-73.

AYRES JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* 2004; 13 (3): 16-29.

AYRES JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde pública: perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM (orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003.

AYRES JRCM, FREITAS AC, SANTOS MAS, SALETTI FILHO HC, FRANÇA JUNIOR I. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2003; 7 (12):113-28.

AYRES JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2002; 6 (11): 11-24.

AYRES JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001; 6(1): 63-72.

BARBOSA RM. Um olhar de gênero sobre a epidemia de AIDS. In: Berquó E (org.). *Sexo e Vida - Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil*. 1ª edição. Campinas: Editora Unicamp, 2003.

BASTOS FI. *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BASTOS FI. A feminização da epidemia de aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. *Série Saúde Sexual e Reprodutiva* (3). Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ, 2001. (Coleção ABIA)

BERER M. HIV/Aids, sexual and reproductive health: intimately related. *Reproductive health matters* 2003; 11 (22): 6-11.

BERKMAN A, GARCIA J, MUÑOZ-LABOY M, PAIVA V, PARKER R. A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS: Lessons Learned for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries. *American Journal of Public Health* 2005; 95 (7): 1162-1172.

BERQUÓ E, BARBOSA RM, LIMA LP, GRUPO DE ESTUDOS EM POPULAÇÃO, SEXUALIDADE E AIDS. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42 (1): 34-44.

BODSTEIN R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(3):401 – 412.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica*. Série Pactos pela Saúde (4). Brasília; 2006.

BRASIL. *Cadernos de Atenção Básica 18: HIV/Aids, hepatites e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Pré-Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica 2005a. <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B84F6F184-68D4-4BE3-8FB8-1293F9138BE4%7D/acons-ind-atenbasica01-web.pdf> (acessado em 16/Abr/2006)

BRASIL. Plano Estratégico do Programa Nacional de DST/Aids – 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

BRASIL. 2004, Ano da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Plano de Ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Estratégico 2004-2007. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_estrategico_dstaids.pdf. (acessado em 02/Nov/2005)

BRASIL. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)**. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

BRASIL. Manual para Organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 1999a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996 <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm> (acessado em 20/Mar/2006).

BRASIL. Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Rede Básica de Saúde (sem ano). http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BC2BBBAFB-52CE-4550-8271-127AA5024AA2%7D/manual_simplificado.pdf (acessado em 16/Abr/2006).

BRASIL. Política Nacional de Distribuição de Preservativos. Brasília: Ministério da Saúde; sem ano/a.

BRITTO E ALVES MTS. Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV e aids no Sistema Único de Saúde: a situação no Maranhão. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.

CAMARGO JUNIOR KR. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R (orgs.). Construção da Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro:CEPESC/ UERJ, IMS: ABRASCO; 2005.

CANDWELL JC, CANDWELL P. Is integration the answer for Africa? International Family Planning Perspectives 2002; 28 (2).

CECÍLIO LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, Roseni & Mattos Ruben Araújo de (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro:CEPESC/ UERJ, IMS: ABRASCO; 2001.

CASTANHEIRA ERL. Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/aids em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho.[Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

CHIKAMATA DM, CHINGAYA O, JONES H, RAMARAO S. Dual Needs: Contraceptive and Sexually Transmitted Infection Protection in Lusaka, Zâmbia 2002. *International Family Planning Perspectives*; 28 (2): 108-110.

CRUZ MM, SANTOS EM, MONTEIRO S. Evaluation of STD/AIDS prevention programs: a review of approaches and methodologies. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(5): 995-1003.

DE PAULA IA, BRITO SEM, SANTOS NJS, SOUZA PO, GIANNA MC, FILIPE EMV. Implantar ações de prevenção e assistência às DST/aids na rede de atenção básica: desafio possível. In: Brasil. Boletim Epidemiológico AIDST. Ano II, nº1, 1º a 26º semanas epidemiológicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

DESLANDES SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 1997; 13(1):103-107.

DINIZ SG, VILLELA WV. Interfaces entre os programas de Aids e saúde reprodutiva: o caso brasileiro. In: Parker R, Galvão J, Bessa MS (org). Saúde, desenvolvimento e política. Respostas frente à Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Editora 34: ABIA; 1999.

DINIZ SG. Cuidando do Prazer: do planejamento familiar à contracepção, e da autonomia das mulheres à responsabilidade compartilhada. http://www.mulheres.org.br/documentos/cuidando_do_prazer.pdf (acessado em 29/Mai/2006)

DOURADO I, VERAS MASM, BARREIRA D, BRITO, AM. Tendências da epidemia de aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40 (supl): 09-17.

ELIAS PE, FERREIRA CW, ALVES MCG, COHN A, KISHIMA V, ESCRIVÃO JUNIOR A, ET AL. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2006; 11(3):633-641.

ELIAS PEM. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: Cohn, A. & Elias PEM. Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços. 4ª edição. São Paulo: Cortez: CEDEC; 2001.

ESCOREL S, GIOVANELLA L; MENDONÇA, MHM, SENNA MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(2); 164-176.

FACCHINI LA, PICCINI RX, TOMASI E, THUMÉ E, SILVEIRA DS, SIQUEIRA FV, E COLS. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3):669-681.

FELICIANO KVO, KOVACS MH. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil* 2003; 3 (4): 393-400.

FILGUEIRAS SL, DESLANDES S. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(Sup. 2):121-131, 1999.

FLEISHMAN-FOREIT KG, HARDEE K, AGARWAL K. When does it make sense to consider integrating STI and HIV services with family planning services? *International Family Planning Perspectives* 2002; 28 (2): 105-107.

FONSECA MGP, BASTOS FI. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cad. Saúde Pública* 2007;23 (Supl 3): 333-344.

FRANÇA JUNIOR I, CALAZANS G, ZUCCHI EM, GRUPO DE ESTUDOS EM POPULAÇÃO, SEXUALIDADE E AIDS. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42 (supl 1): 84-97

GALLANT JE. HIV counseling, testing and referral. *American Family Physician* 2004;15 (70) (2): 295:302.

GALVÃO J. Brazil and Access to HIV/AIDS Drugs: A Question of Human Rights and Public Health. *American Journal of Public Health* 2005; 95 (7): 1110-1116.

GALVÃO J. Aids no Brasil. Agenda da construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA/ Editora 34; 2000.

GERMAIN A, KIDWELL J. The Unfinished agenda for Reproductive Health: priorities for the next 10 years. *International Family Planning Perspectives* 2005; 31 (2): 90-93.

GIFFIN K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. de Saúde Pública* 2002; 18 (supl): 103-112.

GIFFIN K, LOWNDES CM. Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice. *Social Science and Medicine* 1999; 48: 283-92.

GIL CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2006, 22 (6): 1171-1181.

GRAHAM A. Sexual Health. *British Journal of General Practice* 2004; 54: 382:387.

GRANGEIRO A, FERRAZ D (orgs). Centros e Testagem e Aconselhamento do Brasil: Desafios para a Equidade e o Acesso. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

HEFFORD M, CRAMPTON P, FOLEY J. Reducing health disparities through primary care reform: the New Zealand experiment. *Health Policy* 2005; 72: 9-23.

IBAÑEZ N, ROCHA JSYR, CASTRO PC, E COLS. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11 (3): 683-703.

KEHRIG RT. Integralidade da atenção à saúde: suas expressões na organização tecnológica do trabalho em serviços locais de saúde. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

KUMAR A, ROCHESTE E, GIBSON M, GIBSON, T, ROBINSON H, FORDE S. Antenatal voluntary counseling and testing for HIV in Barbados. Success and barriers to implantation. Rev Panam Salud Publica 2004; 15(4): 242-248.

LUSH L. Service integration: An overview of policy developments. International Family Planning Perspectives 2002; 28 (2):71-75.

MADGE S, OLAITAN A, MOCROFT A, PHILLIPS A, JOHNSON M. Access to medical care one year prior to diagnosis in 100 HIV-positive women. Family Practice 1995; 14 (3).

MANN J, TARANTOLA DJM, NETTER TW (orgs.). A aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume Dumará; ABIA; IMS/UERJ; 1993.

MATTOS RA. Integralidade e formulação de políticas específicas de saúde. IN: Pinheiro, R, Mattos RA (orgs.). Construção da Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, IMS, ABRASCO; 2005.

MATTOS RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.

MENDES-GONÇALVES RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.

MENDES-GONÇALVES RB, SCHARIBER LB, NEMES MIB. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: Schraiber LB (org). Programação em Saúde Hoje. 2ª edição. Hucitec: São Paulo; 1993.

MERHY EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação 2000; 6: 109-116.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8ª edição. Hucitec: SP; 2004

MINAYO MCS, SOUZA ER, ASSIS SG, CRUZ NETO O, DESLANDES SF, SILVA CMFP. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/Coas da Região Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública 1999; 15(2): 355-367.

NASCIMENTO MS, NASCIMENTO MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. Ciênc. saúde coletiva 2005;10(2): 333-345.

NEMES MIB, CASTANHEIRA ERL, MELCHIOR R, BASSO, CR, ALVES, MTSSB. Avaliação da Qualidade da Assistência no Programa de Aids: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública 2004; 20 (2): 310-S321.

NEMES MIB. Avaliação em Saúde: questões para os programas de DST/Aids no Brasil. Série Fundamentos de Avaliação (1). Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ; 2001. (Coleção ABIA)

NEMES MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (orgs.). Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica. 2ª edição. São Paulo: Hucitec; 2000.

NEMES MIB. Avaliação do Trabalho Programático na Atenção Primária à Saúde. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1995.

OSIS MJD, FAÚNDES A, MAKUCH MY, MELLO, MB, SOUSA MH, ARAÚJO MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. Cad. Saúde Pública 2006; 22(11): 2481-2490.

PAIM J. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 5ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999: 473-487.

PAIVA V. Prevenção positHIVa: abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. Texto apresentado no seminário "Prevenção Positiva: estado da arte". ABIA, Rio de Janeiro, 25-26 outubro de 2007.

PAIVA V, PUPO LR, BARBOZA R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. Revista de Saúde Pública 2006; 40(Supl); 109-119.

PAIVA V. Sem Mágicas Soluções: A Prevenção do HIV e da Aids como um Processo de Emancipação Psicossocial. Interface - Comunic, Saúde, Educ 2002, 6 (11): 25-38.

PAIVA V. Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In: Barbosa R & Parker R. Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34; 1999.

PARKER R. The Global HIV/AIDS Pandemic, Structural Inequalities, and the Politics of International Health. American Journal of Public Health 2002; 92 (3): 343-346.

PARKER R. Estado e sociedade em redes: descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção das DST/Aids In: Parker R, Tertó Junior V, Pimenta MC. Aprimorando o Debate: Respostas Sociais Frente à Aids: Anais do Seminário: Princípios Possíveis para as Respostas ao HIV/Aids. Rio De Janeiro: ABIA; 2002, pp. 31-36.

PINHEIRO R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro, Roseni & Mattos, Ruben Araújo de (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.

PINHO AA, FRANÇA JUNIOR I, SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AF. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. Cad. Saúde Pública 2003; 19(Sup. 2): 303-313.

PUPO LR. Aconselhamento em DST/aids: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.

RIBEIRO FA. Atenção Primária à Saúde (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.

RICHEY LA. HIV/AIDS in the Shadows of Reproductive Health Interventions. *Reproductive Health Matters* 2003; 11 (22).

SALA A, NEMES MIB, COHEN DD. A avaliação na prática programática. In: Schraiber LB Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (orgs.). *Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica*. 2ª edição. São Paulo: Hucitec; 2000.

SÃO PAULO. Ações de prevenção e assistência às DST/aids na Rede de Atenção Básica à Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2003.

SCHRAIBER LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa de Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S (orgs.). *Gênero e Saúde: Programa de Saúde da Família em Questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO/ Brasília: UNFPA; 2005.

SCHRAIBER LB, NEMES MIB, MENDES-GONÇALVES RB (orgs.). *Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica*. 2ª edição. São Paulo: Hucitec; 2000.

SCHRAIBER LB, MENDES-GONÇALVES RB. Necessidade de saúde e atenção primária. IN: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (orgs.). *Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica*. 2ª edição. São Paulo: Hucitec; 2000.

SCHRAIBER LB. Prefácio. I: Hartz Z. M. A (org.) *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO; 1997.

SCHRAIBER LB. (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec; 1993.

SEFFNER F. Prevenção à aids: uma ação político pedagógica. In: Parker, Richard; Terto Júnior, Veriano. *Prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década*. Rio de Janeiro: ABIA; 2002.

SHI L, MACINKO J, STARFIELD B, POLITZER R, XU J. Primary care, race and mortality in the US states. *Social Science & Medicine* 2005; 61: 65-75

SILVA IZQJ, TRAD LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(16): 25-38.

SILVA, VN; D'OLIVEIRA, AF; MESQUITA, F. Vulnerabilidade ao HIV entre mulheres usuárias de drogas injetáveis. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(Supl. 2):22-30

STARFIELD B, SHI L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002; 60:201-18

SZWARCWALD CL, MENDONÇA MHM, ANDRADE CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3):643-655.

TESSER CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2006, 10 (20): 347-62.

UNAIDS/WHO. Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Health Facilities. Geneva: WHO; 2007.

UNAIDS/WHO. UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing. Geneva: WHO; 2004.

United Nations. Report of the International Conference on Population and Development. New York: United Nations 1995.
http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/570_filename_finalreport_icpd_eng.pdf (acessado em 28/Out/2006).

VERMELHO LL, BARBOSA RHS NOGUEIRA SA. Mulheres com Aids: desvendando história de risco. Cad. de Saúde Pública 1999; 15 (2): 369-379.

VILLELA W. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: Barbosa R & Parker R. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34; 1999.

WOLFFENBÜTTEL K. A organização tecnológica do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no enfrentamento da epidemia de DST/aids no estado de São Paulo. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Alma-Ata.
http://www.who.dk/AboutWHO/Policy/20010827_1. (acessado em 10/Out/2007)

ANEXOS

Anexo 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COORDENADOR MUNICIPAL DE DST/AIDS

Abordagem Inicial:

Breve discussão sobre a pesquisa (já previamente apresentada), leitura e assinatura do termo de consentimento livre e informado (iniciar a gravação).

Identificação:

1. Data da entrevista: ____/____/____
2. Iniciais do entrevistado: _____
3. Categoria profissional: _____

Atuação Profissional:

4. Tempo de atuação na coordenação de DST/aids

Sobre a organização:

5. Histórico do Programa Municipal de DST/Aids (tempo de existência, atividades prioritizadas ao longo dos anos, processo de priorização do trabalho com a atenção básica).
6. Forma organização das atividades de prevenção do HIV no município
7. Serviços de saúde que compõem a rede de atenção às DST/aids no município
8. Papel das unidades básicas em relação à prevenção do HIV
9. Formas de apoio do município para a incorporação das ações de prevenção da aids na rede básica de saúde
10. Percepção sobre a contribuição das unidades básicas para a prevenção do HIV
11. Atuação de organizações da sociedade civil no campo da prevenção da aids no município
12. Principais obstáculos percebidos para a incorporação da prevenção do HIV nos serviços da rede básica de saúde

Muito Obrigada!

Anexo 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GERENTE DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1. Identificação:

- Data da entrevista : ____/____/____
- Iniciais do entrevistado: _____

2. Abordagem Inicial:

Breve discussão sobre a pesquisa (já previamente apresentada), leitura e assinatura do termo de consentimento livre e informado (iniciar a gravação).

3. Caracterização do entrevistado:

- Categoria Profissional;
- Formação complementar;
- Função;
- Atividades que compõem o dia-a-dia do trabalho;
- Tipo de coordenação que realiza em relação às atividades da unidade;
- Tempo de trabalho neste serviço e nesta função;
- Realização de outras atividades no serviço, além da função gerencial;
- Tempo disponível para a função gerencial.

ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:

4. Caracterização do serviço e da equipe:

- Tempo de funcionamento, como foi montada a equipe inicial;
- Mudanças e rotatividade da equipe;
- Tipos de atividades ofertadas para a população na unidade de saúde e na comunidade (consultas, grupos, visitas, outras);
- Atividades destinadas à assistência aos doentes e profissionais responsáveis;
- Atividades destinadas à prevenção (em relação a quaisquer agravos) e profissionais responsáveis;
- Atividades relacionadas às questões de saúde sexual e reprodutiva e profissionais responsáveis;
- Atividades específicas implantadas para prevenção das DST/aids e profissionais responsáveis;
- Tipo de capacitação que cada profissional dispõe para exercer sua função;
- Profissionais capacitados especificamente para o trabalho de prevenção das DST/aids;
- Que motivos levaram à implantação de ações de prevenção das DST/aids nesta unidade?
- Como foi decidida a forma como estas atividades seriam ofertadas?

4.1. Portas de entrada do serviço:

- De que maneiras os usuários podem buscar os atendimentos oferecidos pela unidade (marcação de consultas, participação em grupos, visitas domiciliares / considerar demanda espontânea e atividades programáticas ofertadas)? E quais os procedimentos e encaminhamentos utilizados de rotina? (profissionais envolvidos, fluxo, orientações e informações mais valorizadas no primeiro atendimento).
- Os atendimentos (na unidade e nas visitas) são escalonados? Como? Como foi definido este escalonamento?
- Como é feito o atendimento de usuários não agendados? E dos não cadastrados?
- Como é feito o atendimento de usuários que só vêm retirar medicamentos ou outros insumos?
- Quais dos atendimentos realizados na unidade incorporam a prevenção das DST/aids como parte da atividade?
- Por quais vias os usuários podem acessar as atividades de prevenção das DST/aids neste serviço?

4.2. Características da população atendida:

- Que tipos de demandas são mais frequentes nas atividades desenvolvidas na unidade? E nas visitas domiciliares?
- Que tipo de serviços os usuários buscam mais na unidade?
- Quem são os principais usuários deste serviço?
- E quem são os usuários mais difíceis, que não se encaixam às regras do serviço ou às atividades oferecidas? Com que frequência eles aparecem no serviço? (Pedir para contar um caso);
- E quem são os usuários que são mais acessados pelas ações de prevenção das DST/Aids?
- Quais os métodos contraceptivos mais procurados pelos usuários?

4.3. Características do trabalho em equipe:

- Como é feita a recepção dos funcionários novos? Como eles são integrados ao serviço?(no dia-a-dia, “na prática” ou através de apresentação em reunião, treinamentos, supervisões).
- Como são os profissionais desta unidade? Como são os médicos? São diferentes dos outros, em quê?
- Como o trabalho multiprofissional é realizado nesse serviço? Caracterize (costumam discutir os casos em equipe? Há espaços previstos ou isso acontece durante o almoço e o cafezinho? Quais os principais conteúdos dessa discussão?)
- Como são registradas as informações dos atendimentos realizados? Quem utiliza estes registros?
- Quais os principais obstáculos para se trabalhar em equipe? Quais as principais qualidades da equipe dessa unidade?
- Existe algum tipo de supervisão do trabalho realizado?
- Qual o papel de cada profissional na realização das atividades de prevenção das DST/aids? Como estas atribuições foram definidas?
- Os profissionais utilizam algum tipo de protocolo para realização destas atividades?

4.4 Características do trabalho gerencial

- Nos momentos de carências de insumos (medicamentos, preservativos, outros contraceptivos, exames laboratoriais), quais as providências que costumam ser tomadas?
- Como são ouvidas e encaminhadas as queixas dos usuários? Quais são as mais frequentes?
- A gerência é chamada com frequência para resolução de problemas relacionados a usuários do serviço?
- Existe alguma articulação deste serviço com organizações comunitárias e/ou organizações não governamentais? Quais? Como se dá o trabalho conjunto?
- De que forma são realizados os encaminhamentos de pacientes que necessitam de outros serviços de saúde? E no caso específico dos serviços de DST/Aids?
- Quais as principais dificuldades enfrentadas no trabalho da unidade em geral?E quais as principais qualidades deste trabalho?
- Quais as principais dificuldades enfrentadas no trabalho específico de prevenção das DST/aids? E quais as principais qualidades deste trabalho?
- Alguma outra informação que considere importante relatar?

Muito Obrigada!

Anexo 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA USF ENVOLVIDOS NAS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO DAS DST/AIDS

1. **Apresentação da pesquisa:** reforço das informações já discutidas na reunião de equipe sobre as etapas do estudo (observações e entrevistas), leitura e assinatura do consentimento informado (iniciar a gravação).

2. **Caracterização do entrevistado:**
 - Categoria profissional e função exercida na unidade;
 - Tempo de trabalho na USF e nessa função;
 - Tipos de atividades que realiza, incluindo as de caráter assistencial e as preventivas.

3. **Características do trabalho individual:**
 - O que o motivou a trabalhar com a Saúde da Família?
 - Como são os usuários desta unidade?
 - Quais as principais necessidades que os usuários trazem?
 - Você encontra, neste serviço, as condições adequadas para o atendimento destas necessidades? O que falta?
 - Você encontra alguma dificuldade no trato com os usuários? Dê alguns exemplos de usuários que você teve dificuldades de atender, indicando o motivo e as estratégias utilizadas para superação da dificuldade.
 - O que você encontra de mais gratificante no trabalho que você realiza nesta unidade? E o que lhe causa desconforto neste trabalho?
 - Você encontra, neste serviço, formas de apoio para estas dificuldades? Como?
 - E como é seu trabalho em relação à prevenção das DST/aids? Que atividades você realiza para este fim? O que levou você a se envolver com estas atividades?
 - Como você percebe estas atividades no conjunto do seu trabalho? Elas já faziam parte dele antes ou foram incorporadas a partir da prioridade estabelecida pela gerência da unidade? Quais as dificuldades que você encontra na realização destas atividades?
 - Você utiliza algum tipo de protocolo para realização destas atividades? Quais? Como eles chegaram até você?
 - Como você percebe a procura dos usuários por este tipo de atividade? É freqüente? Quais as características dos usuários que mais procuram estas atividades? Que tipos de demanda eles mais trazem em relação a este tema? Quais as mais difíceis de serem resolvidas? E que tipo de apoio você encontra nesta unidade para resolvê-las?

4. **Características do trabalho em equipe:**
 - Quais as categorias profissionais que trabalham nesta unidade?
 - Você poderia descrever as atividades de cada uma delas?
 - Quais os procedimentos necessários para o encaminhamento dos pacientes que necessitam de outros atendimentos dentro da unidade? E para fora dela?

- É possível identificar objetivos comuns em torno dos quais a equipe se articula? Quais seriam eles?
- Quais as maiores e as menores qualidades que você identifica nos profissionais dessa unidade?
- Quais os fatores que você acha que facilitam e quais os que dificultam o trabalho em equipe?
- Qual a sua contribuição para o trabalho dessa equipe? (percepção sobre seu papel na articulação da equipe)
- E como é a participação dos demais profissionais nas atividades de prevenção das DST/aids? Você poderia me relatar as atribuições de cada um deles em relação a estas atividades?
- Quais as características que você identifica nesta equipe que você acha que contribuem para a realização das ações de prevenção das DST/aids? E quais você acha que dificultam estas atividades?

5. Mecanismos de articulação e coordenação

- Qual o profissional que você identifica como responsável pela articulação das atividades desenvolvidas pela unidade? (Se a indicação recair sobre o gerente – liderança formal – procurar verificar se há outro profissional exercendo a liderança natural).
- Como essa articulação é feita?
- Quem é o responsável pelas orientações técnicas da equipe? Como (em que momentos, de que forma) estas orientações são feitas?
- A quem você recorre para resolver problemas de suprimentos de materiais e medicamentos, aquisições e consertos de equipamentos, ausência de funcionários, etc?
- A quem você recorre para resolver situações de conflito entre profissionais ou entre estes e usuários na unidade?
- No último ano, houve algum tipo de supervisão dirigida ao seu trabalho, orientando ou discutindo o conteúdo? Por quem foi realizada?
- De quem você acha que seria a responsabilidade no apoio, supervisão e controle das suas atividades (gestão estadual, municipal, gerência da unidade, etc)
- Qual o último treinamento que você participou? Isto é valorizado e incentivado pela unidade? É frequente a sua participação em treinamentos?
- Você se sente com responsabilidade no planejamento de ações da unidade?
- Você recebeu algum tipo de treinamento para trabalhar com a prevenção das DST/aids? Quem a ofertou? Que conteúdos foram abordados? Você acha que esta capacitação foi suficiente para o desenvolvimento do seu trabalho?
- Você recebe algum tipo de apoio técnico (supervisão, avaliação) para realização das ações de prevenção das DST/aids?
- A quem você recorre quando encontra dificuldades na realização destas atividades?
- Você gostaria de fazer mais alguma consideração?

Muito Obrigada!

Anexo 4

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de observação: ____/____/____

Horário: de ____ às ____

Pesquisador(a): _____

1. Condições gerais do serviço:
 - Estrutura física: número de salas, tipos de atendimentos a que são destinadas, profissionais que as utilizam, compartilhamento de salas para atividades diversas;
 - Horário de funcionamento da unidade e dos profissionais;
 - Escalonamento das atividades/ tipos de atendimento por dias da semana;
 - Tipos de atendimento realizados por cada profissional;
 - Disponibilidade de insumos: preservativos masculinos para distribuição (existência e quantidade), materiais educativos para distribuição, materiais educativos para realização de atividades na unidade ou na comunidade, outros métodos de prevenção (camisinha feminina, gel lubrificante), métodos contraceptivos disponíveis, sorologia para HIV, sífilis e outras DST;
 - Existência de profissionais capacitados em saúde da família e em prevenção de DST/Aids;
 - Número de pessoas atendidas por dia;
 - Formas de agendamento e registro das informações de atendimento;
 - Perfil da clientela: sexo, idade, queixa mais freqüentes, tipos de atendimento mais demandados;
 - Perfil dos profissionais da unidade;
 - Perfil da comunidade em que está inserida a unidade.

2. Características gerais do perfil tecnológico:
 - 2.1. Tipos de atendimentos realizados no serviço (consulta médica, de enfermagem, visita domiciliar por ACS, visita domiciliar por médico, enfermeiro ou auxiliares de enfermagem, grupos educativos, atividades preventivas)
 - 2.2. Tipo de demanda atendida (atividades programáticas, demanda espontânea, emergências);
 - 2.3. Atendimentos que configuram-se como nucleares ao trabalho realizado na unidade;
 - 2.4. Funções realizadas pelos diversos profissionais;
 - 2.5. Relevância atribuída ao trabalho de cada profissional (ou grupo de profissionais);
 - 2.6. Prevenção: agravos que contam com atividades preventivas, tipos de atividades preventivas desenvolvidas, articulação destas atividades com as atividades assistenciais.

3. Momentos do atendimento:
 - 3.1. Chegada dos usuários ao serviço
 - Horário em relação à abertura da unidade, necessidade de espera e, quando houver, formas de organização da espera.

3.2. Recepção:

- Características do espaço em que se realiza;
- Profissional responsável: categoria profissional, capacitação para exercício da função, autonomia no exercício da função;
- Relação com os usuários: capacidade de escuta, de discriminação das demandas, habilidade na orientação dos diferentes tipos de usuários;
- Procedimentos utilizados para encaminhamento interno dos usuários;
- Procedimentos utilizados para encaminhamento externo dos usuários;
- Formas de priorização dos atendimentos;
- Forma de registro dos dados.

3.3. Sala de espera

- Características do espaço em que se realiza;
- Tempo médio de espera pelos atendimentos;
- Existência de atividades sistemáticas;
- Adequação do espaço físico;
- Assuntos recorrentes e troca de opiniões sobre a USF entre os usuários;
- Organização dos atendimentos por prioridade.

3.4. Triagem

- Características do espaço em que se realiza;
- Profissional responsável;
- Priorização dos casos;
- Tipos de encaminhamentos possíveis.

3.5. Pré-Consulta

- Características do espaço em que se realiza;
- Profissional responsável;
- Função da atividade no fluxograma do serviço;
- Principais conteúdos abordados;
- Relação de escuta e diálogo com o usuário – adequação da linguagem e resposta às demandas;
- Aspectos valorizados pelo profissional durante o atendimento;
- Tipos e formas de encaminhamento.

3.6. Consulta médica

- Características do espaço em que se realiza;
- Função da atividade no fluxograma do serviço;
- Tipo de atividades realizadas (pré, pós, atendimento de enfermagem, agendamentos de exames, consultas, verificação de queixas, outros);
- Principais conteúdos do atendimento;
- Relação de escuta e diálogo com usuários, adequação da linguagem, explicação de conteúdos técnicos
- Aspectos valorizados pelo profissional como importantes em cada atividade
- Formas de registro da atividade;

- Formas de agendamento do retorno;
- Tipos e formas de encaminhamento (exames, medicação, especialidades);
- Atuação frente a demandas referentes a aspectos de ordem social, cultural ou econômica;
- Atuação frente a demandas referentes a aspectos “mais privados/íntimos”: sexualidade, saúde reprodutiva, uso de drogas, violência doméstica.

3.7. Consulta de enfermagem

- Características do espaço em que se realiza;
- Função da atividade no fluxograma do serviço;
- Tipo de atividades realizadas (pré, pós, atendimento de enfermagem, agendamentos de exames, consultas, verificação de queixas, outros);
- Principais conteúdos do atendimento;
- Relação de escuta e diálogo com usuários, adequação da linguagem, conteúdos técnicos
- Aspectos valorizados pelo profissional como importantes em cada atividade
- Formas de registro da atividade;
- Formas de agendamento do retorno;
- Tipos e formas de encaminhamento (exames, medicação, especialidades);
- Atuação frente a demandas referentes a aspectos ordem social, cultural ou econômica;
- Atuação frente a demandas referentes a aspectos “mais privados/ íntimos”: sexualidade, saúde reprodutiva, uso de drogas, violência doméstica.

3.8. Pós-Consulta

- Características do espaço em que se realiza;
- Profissional responsável;
- Função da atividade no fluxograma do serviço;
- Principais conteúdos abordados;
- Relação de escuta e diálogo com o usuário – adequação da linguagem e resposta às demandas;
- Aspectos valorizados pelo profissional durante o atendimento;
- Tipos e formas de encaminhamento.

3.9. Atividades de grupo

- Tipos de grupos realizados: aberto ou fechado, dirigidos a agravos ou segmentos populacionais, inserção no fluxograma do atendimento, formas de encaminhamento dos usuários para participação;
- Frequência de realização das atividades de grupo;
- Tipo de conteúdo valorizado nas atividades de grupo;
- Formas de participação dos usuários, tipos de questões colocadas pelos usuários;
- Profissionais responsáveis - categoria, capacidade de diálogo, orientação e escuta, preparo técnico;
- Temas abordados (linguagem utilizada, conteúdos, adequação às demandas);
- Existência de algum tipo de supervisão da atividade.

3.10. Visitas domiciliares

- Frequência de realização das visitas;
- Frequência de visita a cada família;
- Forma de entrada nos domicílios;
- Tipos de demandas mais valorizados pelas ACS;
- Conteúdos mais valorizados pelas ACS;
- Capacidade de escuta e diálogo com os moradores;
- Casos priorizados para encaminhamento para a USF;
- Capacidade técnica e autonomia para tomada de decisões de encaminhamentos e orientações;
- Atuação frente a demandas referentes a aspectos ordem social, cultural ou econômica;
- Atuação frente a demandas referentes a aspectos “mais privados/íntimos”: sexualidade, saúde reprodutiva, uso de drogas, violência doméstica.

3.11. Farmácia

- Relação com os paciente (demandas dos pacientes, atenção dada e orientações);
- Formas de registro e controle;
- Perfil e capacitação dos profissionais.

3.12. Reuniões

- Tipo de reunião e de forma de aviso aos participantes foram avisados (convite/convocação)
- Categorias profissionais convidadas/convocadas e presentes;
- Característica dos assuntos tratados (técnicos, administrativos, pessoais);
- Periodicidade.

4. Atividades de atenção à saúde sexual e reprodutiva realizadas:

4.1. Pré-natal

- Tipos de atividades realizadas no acompanhamento a gestantes (consultas, atividades de grupo, exames, visitas domiciliares);
- Conteúdos valorizados nos atendimentos;
- Abordagem da contracepção (existência, tipos de orientações realizadas, métodos priorizados);
- Abordagem da sexualidade (existência, tipos de orientações realizadas);
- Solicitação do anti-HIV e VDRL: seguimento de protocolo, realização de aconselhamento.

4.2. Planejamento familiar

- Tipos de atividades realizadas no acompanhamento (consultas, atividades de grupo, exames, visitas domiciliares);
- Conteúdos valorizados nos atendimentos;
- Tipos de orientações realizadas e métodos valorizados;

- Abordagem da sexualidade (existência, tipos de orientações realizadas);
 - Abordagem das doenças sexualmente transmissíveis e da aids (existência, conteúdos valorizados, tipos de orientações realizadas, oferta ativa de diagnóstico, abordagem do uso do preservativo);
- 4.3. Atenção ginecológica
- Profissionais responsáveis;
 - Tipos de atividades realizadas (consultas, atividades de grupo, exames, visitas domiciliares);
 - Conteúdos valorizados nos atendimentos;
 - Tipos de orientações realizadas e métodos valorizados;
 - Abordagem da sexualidade (existência, tipos de orientações realizadas);
 - Abordagem das doenças sexualmente transmissíveis e da aids (existência, conteúdos valorizados, tipos de orientações realizadas, oferta ativa de diagnóstico, abordagem do uso do preservativo).
5. Atividades especificamente voltadas à prevenção das DST/Aids:
- 5.1. Oferta de testagem e aconselhamento:
- Formas de informação à comunidade da disponibilidade de testagem no serviço;
 - Formas de solicitação da testagem (demanda espontânea, encaminhamentos pós consulta, encaminhamentos pós visitas domiciliares, gestantes, outros);
 - Acessibilidade da testagem no serviço (existência de dias específicos para aconselhamento ou coleta);
 - Realização de aconselhamento pré e pós teste (avaliação de riscos e vulnerabilidades, relação estabelecida com o usuário, conteúdos valorizados, variações em função do tipo de demanda, abordagem do uso do preservativo).
- 5.2. Disponibilização de insumos de prevenção
- Formas de informação à comunidade da existência do insumo;
 - Formas de disponibilização (consultas, farmácia, grupos, atividades educativas);
 - Existência de orientações sobre o uso.
- 5.3. Atividades educativas
- Tipos de atividades realizadas: aberto ou fechado, dirigidos a agravos ou segmentos populacionais, inserção no fluxograma do atendimento, formas de encaminhamento dos usuários para participação;
 - Frequência de realização das atividades;
 - Tipo de conteúdo valorizado;
 - Formas de participação dos usuários, tipos de questões colocadas pelos usuários;
 - Profissionais responsáveis - categoria, capacidade de diálogo, orientação e escuta, preparo técnico;
 - Temas abordados (linguagem utilizada, conteúdos, adequação às demandas);
 - Existência de algum tipo de supervisão da atividade.

Anexo 5

Quadro de Análise do Perfil Tecnológico da USF: Recepção

CARACTERÍSTICAS E ATIVIDADES	RESPONSÁVEL/ ATRIBUIÇÕES	CADASTRADOS AGENDADOS	NÃO AGENDADOS/ PARA AGENDAMENTO	NÃO CADASTRADOS	COMENTÁRIOS
<p>É pequena e aberta. Todos – profissionais e usuários - passam por ela, pois é o lugar que dá acesso a todos os demais espaços da unidade.</p> <p>Na recepção é feita a “primeira queixa” e a recepcionista faz o encaminhamento (coleta, atendimento médico, espera, enfermeiro).</p> <p>Espaço onde freqüentemente os usuários abordam os profissionais de saúde (menos o médico) para tirar dúvidas e receber orientações.</p> <p>É um espaço bastante usado</p>	<p>Auxiliar administrativo, mulher, jovem. Responsável pelos agendamentos de consultas médicas e organização da agenda do mês, que vem da SMS (dias dos grupos, dias de cada tipo de consulta etc)</p> <p>Compartilha com auxiliares e ACS o atendimento da farmácia. Faz disponibilização, mas é responsável principalmente pelo controle de medicamentos. Perguntei se faltava medicamentos. A recepcionista me disse que não.</p> <p>Insumos prevenção: Recepcionista me informa que tinham preservativos femininos, mas não têm mais porque não havia procura e vários venceram (expiraram a validade). Costuma faltar preservativo? R: Não, mas também a procura não é muita. São só alguns que tiram, só aqueles que têm consciência, né?! D: E quem não é cadastrado na unidade pode retirar? R: Não. Às vezes a pessoa pede</p>	<p><i>Às 8h50, começa a primeira consulta médica (que dura 5’). Ao ser chamada a primeira paciente, outra comenta: “Ô, quem chegou por último ta sendo entendido primeiro?!”. Orientação da ACS a um usuário, por telefone: a gente marca horário, mas é por ordem de chegada.</i></p>	<p>Triagem de casos: Duas mulheres aguardam cerca de 15 sem atendimento, até que a recepcionista pergunta: R: O que vcs estão aguardando? Us: Preventivo. R (sentada, detrás do balcão, olhando por cima dele): Estão há 3 dias sem relação, sem passar nenhuma pomada? (Elas acenam com a cabeça que sim. O diálogo se encerra).</p> <p>Um paciente homem, chega na recepção. É bem recebido, a recepcionista pergunta pela mãe dele, que ele diz estar bem. Ele pergunta como faz pra fazer o teste de hepatite e se podia fazer sem o médico pedir. A recepcionista titubeia, pergunta para o enfermeiro que está ao lado dela, ele diz que sim.</p> <p>Mulher com o bebê febril, pedindo atendimento médico. Aux (atendendo na recepção): Acho melhor vc passar com a ACS, porque o médico está com mais de 20 consultas para de tarde. Ele não veio de manhã,</p>	<p>Controle de atendimentos <i>Enfermeiro informa recepcionista sobre conduta de uma usuária:</i> <i>E: “ela vai pingar cerumim dois dias e depois vem fazer lavagem, marca pra ela.</i> <i>R: Tem que pingar uma semana.</i> <i>E: Uma semana inteira, né?</i> <i>R: Pra fazer lavagem é.</i> <i>E: Então vai ficar uma semana com o ouvido tapadinho. Ai,vc agenda ai pra ela.</i> <i>R: Vc é cadastrada?</i> <i>Us: Não.</i> <i>E: Ah não?</i> <i>R: Então não pode passar com o médico. Pode fazer tudo, menos passar com o médico.</i> <i>E: Ah... mas então deixa que eu ou a auxiliar fazemos a lavagem.</i></p>	<p>A recepção é um local de tomada de decisões essenciais para o acesso dos usuários, sejam eles cadastrados ou não, agendados (pq é onde são controlados os agendamentos), agendados ou não.</p> <p>Situações de quebra de sigilo: Recepcionista comenta com auxiliar do moço que veio pedir testes de hepatites pela manhã. R: “O M. veio pedir teste de hepatite e HIV hoje”. Aux: “Ah, ele vai fazer?” R: É. Aux: “Vai” “Ele deve ter visto a placa”.</p> <p>Auxiliar comenta o resultado de um exame de triglicérides com a recepcionista:</p>

<p>pelas ACS, que às vezes fazem o trabalho de recepcionista. O fato do telefone ficar na recepção também faz com que o espaço esteja sempre sendo ocupado. Também são dadas orientações sobre o uso de medicamentos (posologia) na recepção, muitas vezes pela própria recepcionista.</p> <p>Tem fax e computador, mas este último fica sempre desligado.</p> <p>É freqüente os usuários ficarem aguardando para falar com a recepcionista enquanto ela conversa com outras pessoas. Ela também costuma interromper o atendimento para falar com outras pessoas.</p> <p>EU QUERIA</p>	<p>e a gente dá, mas só quando ta sobrando, que aí a gente dá uns 3.</p> <p>Pergunto à recepcionista quais os anticoncepcionais disponíveis na unidade. Ela me responde, eu pergunto se não tem diafragma. Ela não sabe o que é isso.</p> <p>A RECEPCIONISTA ESTÁ NA UNIDADE, MAS NÃO NA RECEPÇÃO. ENQUANTO ISSO, UMA AUXILIAR FAZ O TRABALHO DA RECEPÇÃO.</p> <p>AUX. ORIENTA UMA USUÁRIA SOBRE O PAPANICOLAOU, NO BALCÃO DA RECEPÇÃO: AUX: A GENTE FAZ TODO DIA. US: QUE HORÁRIO? AUX: DAS 9H ÀS 11H E DAS 13H ÀS 16H. MAS TEM QUE FAZER O PREPARO: TRÊS DIAS SEM RELAÇÃO SEXUAL, SEM USAR POMADA E TOMAR BANHO NO DIA. US: AH... É QUE PRA MIM FICA DIFÍCIL, PORQUE EU TRABALHO DAS 7H ÀS 16H, AÍ TEM QUE TROCAR, QUE NEM EU FIZ HOJE. AUX: AH...</p> <p>ÀS 9H15, A RECEPCIONISTA PERMANECE AUSENTE DA</p>		<p>então ta tudo acumulado. (Mulher e crianças se sentam e a auxiliar tira a temperatura da criança na sala de espera)</p> <p>Uma jovem, claramente com dor, chega pedindo atendimento médico: Aux: Hoje vai ser difícil. Us: Porquê? Aux: Porque hoje ele não atendeu porque estava num curso de manhã. Só se faltar muita gente. Espera aí que vc fala com o enfermeiro. (A jovem se senta e aguarda)</p> <p>Recepcionista comenta com auxiliar: “Ele (o gerente) encontra o povo no corredor e vai levando tudo pra sala dele, tudo que ta agendado. Depois eu apanho!”.</p> <p>UMA USUÁRIA PEDE PRA RETIRAR SEUS EXAMES, POIS ESTÁ SE MUDANDO PARA SP. ACS QUE ATENDE NA RECEPÇÃO PERGUNTA: ACS: QUE EXAMES VC FEZ? US: DE HEPATITES. FAZ UMAS DUAS SEMANAS. ACS: IH... VC NÃO TEM UM CONTATO PARA DEIXAR PRA GENTE LIGAR? ESSES EXAMES ASSIM A GENTE TEM QUE ENTRAR EM CONTATO COM O PACIENTE. A USUÁRIA PASSA UM NÚMERO DE TELEFONE E</p>	<p>“Vc sabe o exame de triglicérides do fulano? Deu 800 e tralalá. Aí eu mandei um bilhetezinho pelas meninas (as ACS): ‘Fulano, procurar o médico urgente ou fazer um plano ossel!’” Recepcionista ri.</p> <p>CASO DA USUÁRIA QUE BUSCAVA RESULTADO DE EXAME DE HEPATITES: A ACS FICOU CLARAMENTE APAVORADA QUANDO A USUÁRIA DISSE QUE SEU EXAME ERA DE HEPATITES, TALVEZ PORQUE SAIBA QUE TAMBÉM HAVERIA EXAMES DE SÍFILIS E HIV (É COMO A USF PROCEDE). ME PARECEU ABSURDO O ARGUMENTO DE NÃO ENTREGAR PQ NESSES TÊM QUE ENTRAR EM</p>
---	--	--	--	---

<p>FAZER A OBSERVAÇÃO DE DENTRO DA RECEPÇÃO, PARA CONHECER A PERSPECTIVA QUE SE TEM DA UNIDADE A PARTIR DESTE ESPAÇO. ENTRETANTO, FOI IMPOSSÍVEL, PORQUE O BALCÃO DA RECEPÇÃO É ALTO E NÃO DÁ PRA VER NINGUÉM, A NÃO SER QUANDO AS PESSOAS ENCOSTAM-SE AO BALCÃO.</p> <p><u>Está prevista uma mudança na forma de agendamento das consultas, que vai aumentar o intervalo de idade do atendimento de crianças de 2 para 10 anos no período. Comento com a recepcionista:</u> D: Que bom, né? <u>Assim facilita a</u></p>	<p>RECEPÇÃO. COMO HÁ USUÁRIOS AGUARDANDO ATENDIMENTO DA RECEPÇÃO E A AUXILIAR PRECISA SAIR PARA FAZER O GRUPO DE HIPERDIA, É O ENFERMEIRO QUEM ASSUME A RECEPÇÃO.</p> <p><i>Como há muita gente aguardando coleta, a recepcionista vai ajudar a auxiliar a preencher os formulários de requisição enquanto ela faz a coleta (“VDRRL é o que mesmo”?).</i></p> <p>Cheguei às 7h30, entrei na unidade, não havia ninguém na recepção. Encontrei a recepcionista na sala de coleta, preenchendo os formulários das pessoas que estavam na unidade e recebendo coletas (urina e fezes). Ela me disse que tinha acabado de abrir e já foi direto para lá porque a auxiliar tinha ligado avisando que ia se atrasar. Pacientes chegam e têm dúvidas sobre o que fazer enquanto aguardam. Alguns pegam a senha e a devolvem, por verem que os outros não as usam. Cada vez que a</p>		<p>VAI EMBORA.</p> <p><i>Um usuário que fazia coleta de sangue pede à recepcionista que marque uma consulta para ele, mas não pode porque está sem o cartão da família. Também não pode ligar para a casa pra pegar o número. Por isso, vai embora sem conseguir agendar a consulta.</i></p> <p><i>Enquanto recepcionista ajuda auxiliar, chega uma usuária, que tem que ficar aguardando atendimento no balcão. Como demora, ela resolve esperar sentada e constata: “Pelo jeito vai demorar...”.</i></p> <p><i>Quando chega a recepcionista, susária fala que o filho está com catapora e a recepcionista a orienta a trazer o menino para consulta com o enfermeiro, pois com o médico será muito difícil, porque todas as consultas de ontem foram transferidas para hoje de manhã. Diz que a mãe tem que trazer o filho até umas 8h30 (são 7h55), “senão depois fica muito difícil do enfermeiro atender”. A moça diz que a criança está dormindo, mas vai</i></p>	<p>CONTATO COM OS USUÁRIOS: ELAS JÁ ESTAVAM EM CONTATO! A DIFICULDADE DE RETIRADA DESSE EXAME PROVAVELMENTE SERÁ MUITO GRANDE PARA ESSA USUÁRIA, QUE, SE VOLTAR PARA RETIRÁ-LO, SERÁ PORQUE TEM MUITO INTERESSE NO RESULTADO E ÀS CUSTAS DE MUITO SACRIFÍCIO. DEFINITIVAMENTE O SERVIÇO NÃO SE ORGANIZA PRA PROMOVER ACESSO – ELE SE ORGANIZA PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE.</p> <p><i>Às 10h50, a unidade estava praticamente vazia (2 usuárias, uma aguardando, outra fazendo inalação). Todas as</i></p>
--	---	--	---	--

<p><u>vida das mães, dá pra trazer todas as crianças num dia só.</u> <u>R. em tom de insatisfação:</u> <u>Facilita a delas e dificulta a minha né?</u> <u>D: Por quê?</u> <u>R: Por que o fechamento é feito por aquelas idades: 0 a 1, 2 a 5, 5 a 10.</u></p>	<p>recepcionista grita "próximo!" de dentro da sala de coleta, as pessoas na sala de espera se entreolham, às vezes duas levantam-se ao mesmo tempo e alguém tem que ceder o lugar. Não sabem ao certo que ordem seguir.</p> <p>A própria recepcionista prepara a inalação de uma criança e dá todas as orientações à mãe sobre como deverá ser feita a próxima inalação.</p> <p><u>Após a reunião da equipe, a recepcionista está mais delicada no trato com todos (usuários e profissionais) – esse foi um ponto de muita discussão e polêmica na reunião.</u></p>		<p><i>tentar. Comenta também que tinha uma mão pra fazer às 8h00 (ela é manicure).</i></p> <p><i>Uma usuária chega e pede pra medir a febre do bebê. (...) É a pp recepcionista quem coloca o termômetro na criança e orienta a mãe a tirá-lo quando a auxiliar sair da sala de medicação.</i></p> <p><u>Às 10h45 estou diante mais um período de inércia da unidade. Há um senhor sentado na sala de espera. A recepcionista já passou por ele três vezes e ainda não perguntou do que ele precisa. Finalmente o enfermeiro passa e fala com ele, que quer medir a PA. Pede que ele aguarde. (!)</u></p>		<p><i>consultas médicas já foram feitas. Pergunto à recepcionista quantas foram. Ela me diz: "Treze. Treze pentelhos".</i></p> <p><u>Uma criança deu muito trabalho durante a consulta médica, mobilizando 4 profissionais da equipe para contê-la. Quando mãe e criança vão embora, recepcionista diz:</u> <u>R: J, vc sabe quem é essa menina? É sobrinha da C.</u> <u>E: A "pitbulzinha"?</u> <u>Ah, então é de família.</u> <u>(...)</u> <u>R: E hoje, que uma criança quase arrancou meu dedo. Onze anos, com medo de tirar sangue! Também, aí eu segurei o braço dela tão forte que nem precisou garrotear!</u> <u>(Risos).</u></p>
--	--	--	---	--	---

Legenda: Observações: dia 1, DIA 2, *dia* 3, dia 4, dia 5, dia 6, dia 7, **dia 8**

Anexo 6

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Profissional de Saúde

Pesquisa

Avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/Aids em uma Unidade de Saúde da Família

Objetivo

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem o objetivo de analisar a implantação de ações de prevenção da aids em unidades de saúde da família.

Participação

Sua participação é totalmente voluntária, ou seja, você tem o direito de recusar e desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

Procedimentos

Se você concordar em participar deste estudo, você irá conceder uma entrevista individual que será gravada e depois transcrita. Nesta entrevista conversaremos sobre sua atuação profissional e lhe pedirei sua opinião sobre aspectos de funcionamento da unidade de saúde em que você trabalha. Esta entrevista deverá durar aproximadamente 60 minutos.

Riscos e desconforto

Não haverá nenhum risco em sua participação neste estudo. Se alguma questão durante a entrevista for lhe desconfortável, você estará livre para não responder ou para procurar esclarecer sua dúvida junto à entrevistadora.

Confidencialidade

Você não é obrigada a responder a qualquer pergunta. Sua identidade será mantida em sigilo, sob a responsabilidade da pesquisadora, e somente ele vai ter acesso a essas informações. Você não será identificado pelo nome em nenhuma publicação dos resultados da pesquisa.

Benefícios

Não haverá benefício direto ao participar deste estudo, porém as informações fornecidas poderão contribuir para o conhecimento das possibilidades de implantação de ações de prevenção da aids na rede básica de saúde.

Custos

Não haverá nenhum custo na participação deste estudo.

Dúvidas

Você poderá esclarecer qualquer dúvida a respeito deste estudo e de sua participação com a pesquisadora que lhe apresentou este TCLE e que fará a entrevista com você. No futuro, se você tiver qualquer dúvida sobre sua participação poderá procurar por Dulce Ferraz, pelos telefones (11) 3293-2264 (Instituto de Saúde / SP) ou 8464-9828 (celular) e por e-mail: dulce@isaude.sp.gov.br, ou ainda, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres

Humanos do Instituto de Saúde, situado na rua Santo Antonio, 590, Bela Vista, SP/SP, pelo telefone 3293-2244.

Consentimento.

Eu li e entendi os propósitos deste estudo e concordo em participar do mesmo. As dúvidas que tive foram esclarecidas pela pesquisadora. Estou ciente de que minha participação é totalmente voluntária e de que posso desistir de participar em qualquer momento do processo.

Data: ____/____/____

Nome do(a) entrevistado(a): _____

Assinatura do(a) voluntário(a)

Eu, abaixo assinado, expliquei ao(à) participante voluntário(a) o procedimento a ser utilizado no estudo, seus riscos e benefícios.

Data: ____/____/____

Assinatura da pesquisadora

Anexo 7

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Coordenador de DST/Aids

Pesquisa

Avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/Aids em uma Unidade de Saúde da Família

Objetivo

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem o objetivo de analisar a implantação de ações de prevenção da aids em unidades de saúde da família

Participação

Sua participação é totalmente voluntária, ou seja, você tem o direito de recusar e desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

Procedimentos

Se você concordar em participar deste estudo, você irá ceder uma entrevista individual que deverá ser gravada e depois será transcrita. Nesta entrevista conversaremos sobre sua atuação profissional e eu pedirei sua opinião sobre aspectos da prevenção da aids nos serviços de atenção básica à saúde. Esta entrevista deverá durar aproximadamente 60 minutos.

Riscos e desconforto

Não haverá nenhum risco em sua participação neste estudo. Se alguma questão durante a entrevista lhe for desconfortável, você estará livre para não responder ou para procurar esclarecer sua dúvida junto à entrevistadora.

Confidencialidade

Você não é obrigado a responder a qualquer pergunta. Sua identidade será mantida em sigilo, sob a responsabilidade da pesquisadora, e somente ela vai ter acesso a essas informações. Você não será identificado pelo nome em nenhuma publicação dos resultados da pesquisa.

Benefícios

Não haverá benefício direto ao participar deste estudo, porém as informações fornecidas poderão contribuir para o conhecimento das possibilidades de implantação de ações de prevenção da aids na rede básica de saúde.

Custos

Não haverá nenhum custo na participação deste estudo.

Dúvidas

Você poderá esclarecer qualquer dúvida a respeito deste estudo e de sua participação, com a pesquisadora que lhe apresentou este TCLE e que fará a entrevista com você. No futuro, se você tiver qualquer dúvida sobre sua participação poderá procurar por Dulce Ferraz,

pelos telefones (11) 3293-2264 (Instituto de Saúde / SP) ou 8464-9828 (celular) e por e-mail: dulce@isaude.sp.gov.br, ou ainda, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Saúde, situado na rua Santo Antonio, 590, Bela Vista, SP/SP, pelo telefone 3293-2244.

Consentimento.

Eu li e entendi os propósitos deste estudo e concordo em participar do mesmo. As dúvidas que tive foram esclarecidas pela pesquisadora. Estou ciente de que minha participação é totalmente voluntária e de que posso desistir de participar em qualquer momento do processo.

Data: ____/____/____

Nome do(a) entrevistado(a): _____

Assinatura do(a) voluntário(a)

Eu, abaixo assinado, expliquei ao(à) participante voluntário(a) o procedimento a ser utilizado no estudo, seus riscos e benefícios.

Data: ____/____/____

Assinatura da pesquisadora

Anexo 8

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente e de acordo com a realização do projeto intitulado “Avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/Aids em uma Unidade de Saúde da Família”, de autoria de Dulce Aurélia de Souza Ferraz , no município de (...)

(Local), __ de _____ de 2006.

(nome)

Coordenadora do Programa Municipal de DST e Aids

Anexo 9

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente e de acordo com a realização do projeto intitulado “Avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/Aids em uma Unidade de Saúde da Família”, de autoria de Dulce Aurélia de Souza Ferraz nesta unidade de saúde da família.

(Local), ___ de ___ de 2006 .

Gerente da Unidade de Saúde da Família

Anexo 10

Apresentação dos Resultados da Pesquisa “Implantação de Atividades de Prevenção das DST/Aids na Atenção Básica” à Equipe da Unidade de Saúde da Família e à coordenação do Programa Municipal de DST/Aids

Pesquisadora: Dulce Ferraz

Data: 15/06/2007

1. Apresentação:

Este pequeno texto é um resumo dos principais resultados preliminares da pesquisa que realizei na USF (nome do serviço), em (nome do município)/ SP. O objetivo é apresentá-los aos profissionais que participaram da pesquisa no serviço de saúde e no Programa Municipal de DST/Aids, conforme compromisso assumido desde o início do trabalho de campo. Não está incluída a análise dos dados coletados nas entrevistas com a Coordenação Municipal de DST/Aids. Os resultados finais da pesquisa deverão estar prontos no primeiro semestre de 2008, quando espero estarem analisados e consolidados na minha dissertação de mestrado.

2. Por que resolvi fazer essa pesquisa:

No início da epidemia de aids, nos anos 1980, as atividades de prevenção da aids eram realizadas, na maioria das vezes, por organizações não governamentais (ONG). Com o crescimento da epidemia, era necessário também ampliar as atividades de prevenção, para evitar que novos casos de aids acontecessem. Para aumentar a cobertura dessas atividades e o acesso da população a elas, a partir dos anos 1990 o Ministério da Saúde passou a investir na implantação de atividades de prevenção das DST/aids na rede de atenção básica (AB) do SUS.

Essa estratégia apresenta duas vantagens principais: a ampla cobertura dos serviços de atenção básica, que estão espalhados por todo país, e a atribuição desses serviços de realizarem principalmente trabalhos preventivos.

As atividades de prevenção que devem ser realizadas nos serviços de AB, segundo o Programa Nacional de DST e Aids, são: oferta de testagem voluntária e aconselhamento

para população geral e para gestantes; disponibilização de preservativos; inclusão dos *segmentos populacionais mais vulneráveis*³ nas atividades dos serviços; assistência às DST; e realização de orientações aos usuários nos grupos, consultas e outras atividades dos serviços. Todas essas atividades devem basear-se nos princípios de *direitos humanos* e na noção de *vulnerabilidade*⁴, por exemplo, respeitando a diversidade sexual, a vivência da sexualidade e o uso de drogas.

Existem muitos estudos sobre a implantação dessas ações nos serviços de atenção básica no mundo inteiro, mas poucos são realizados no Brasil. Em todos eles, porém, é possível identificar obstáculos comuns para a implantação, como as dificuldades de se conversar sobre temas relacionados à vida sexual (além da gestação) nos serviços de saúde e a falta de clareza dos profissionais de saúde e dos gestores sobre como realizar as atividades de prevenção nos serviços. Por exemplo, esses estudos mostram que na maioria das vezes o aconselhamento, ao invés de ser um atendimento em que o profissional de saúde procura ouvir a realidade da pessoa que está atendendo, conhecer suas condições de vida e ajudá-la a encontrar as melhores formas para se prevenir, é reduzido ao simples repasse de informações aos usuários.

Outros exemplos estão nas pesquisas que investigam as mulheres com diagnóstico de aids que mostram que a maioria delas relata não se recordar de ter recebido qualquer tipo de informação sobre HIV ou outras DST nos serviços de saúde que freqüentavam. Por causa disso, elas mesmas só descobrem estar infectadas quando já começam a ter sintomas de aids ou quando seus companheiros ou filhos morrem por aids.

Conhecendo essas informações a partir dos estudos e do meu trabalho no dia a dia do Programa Nacional de DST e Aids (2004/2005 e 2007), no Programa Estadual de DST e Aids de Saúde Paulo e no Instituto de Saúde da SES/SP (2005/2006), decidi estudar como as atividades de prevenção das DST/aids estavam acontecendo na prática das Unidades Básicas de Saúde.

³ Alguns exemplos são: homossexuais, profissionais do sexo (homens e mulheres) e usuários de drogas.

⁴ Vulnerabilidade é um conceito recente na saúde pública. No caso da aids, significa basicamente que os riscos de infectar-se pelo HIV que cada pessoa vive não dependem só de atitudes individuais, mas estão associados às condições de vida que ela tem.

Para isso, precisei selecionar um município que já estivesse investindo nessa implantação e uma unidade de saúde que já estivesse empenhada em realizar essas atividades. Foi assim que escolhi (nome do município) e a USF (nome do serviço).

Como em toda pesquisa, foi necessário escolher uma teoria que pudesse orientar as perguntas que eu tinha. Considerei mais adequadas as teorias sobre organização dos serviços de saúde, porque elas poderiam me ajudar a entender não apenas as atividades de prevenção das DST/aids, mas também como elas se “encaixariam” na realidade dos serviços de saúde. Os principais pressupostos dessas teorias são:

- ❖ As normas (no caso, as do Ministério da Saúde) são aplicadas em serviços de saúde que já existem. Isso significa que esses serviços já têm suas prioridades estabelecidas, estão organizados de uma determinada maneira, têm uma clientela definida e desenvolvem atividades que julgam as mais necessárias. Por exemplo, nas unidades de saúde que têm como principais objetivos controlar diabetes e hipertensão e reduzir mortalidade infantil e materna, os atendimentos prioritários são os de idosos, de gestantes e de crianças. Nesses casos, como se podem criar formas de aproximar e atender usuários de drogas nesses serviços?
- ❖ Para estudar **como** uma atividade está sendo implantada num serviço de saúde não basta estudar só esta atividade. É preciso entender o serviço como **um todo** e identificar quais são suas prioridades. Para isso, é preciso observar todas as atividades que são realizadas cotidianamente e dialogar com as pessoas que realizam o trabalho. Por exemplo, as atividades prioritárias são aquelas realizadas com maior frequência e mais sistematicamente, que têm mais profissionais envolvidos, são mais bem planejadas e tomam mais tempo dos profissionais dos serviços. Foi para identificar essas prioridades que foram realizadas as entrevistas e as observações de consultas, sala de espera, visitas domiciliares, coletas de papanicolaou e grupos.

Depois de coletados, os dados foram comparados com as diretrizes do Ministério da Saúde. Essa comparação não teve o objetivo apenas de verificar se o serviço “faz ou não faz” as atividades previstas nos documentos oficiais. O objetivo era compreender **como** essas atividades são feitas e quais são as **possibilidades** e os **limites** dos serviços de as

inserir na sua rotina. Era preciso entender se a teoria (as normas ministeriais) é aplicável - e de que maneira - na vida cotidiana dos serviços de saúde.

3. O que encontrei

As informações aqui apresentadas referem-se somente aos dados coletados na Unidade de Saúde da Família.

Estão organizadas em dois blocos:

- ❖ Informações gerais sobre a USF: quem compõe a equipe, horários, atividades realizadas, regras para atendimento e cadastramento de usuários, agendamentos, divisão das microáreas;
- ❖ Informações específicas sobre atividades que envolvem prevenção de DST/aids: quais são, como são feitas, por quais profissionais.

3.1. Atividades gerais

- ❖ Equipe: enfermeiro (assistência e gerência), duas auxiliares de enfermagem, oito ACS, médico, auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais.
- ❖ Atividades realizadas: consultas médicas e de enfermagem; curativos; administração e dispensação de medicamentos; dispensação de preservativos; inalação; aferição de pressão arterial e glicemia capilar; vacinação; coleta de sangue para exames diversos; exames de prevenção de câncer de colo uterino; aconselhamento para testagem para HIV, sífilis e hepatites; grupos de planejamento familiar, papanicolaou, gestantes e hipertensão e diabetes; visitas domiciliares das ACS, do enfermeiro, das auxiliares de enfermagem e do médico.
- ❖ A área adstrita é dividida em oito microáreas, cada uma sob responsabilidade de uma ACS e concentrando entre 180 e 250 famílias. ACS que atuam nas áreas de habitação mais precárias acompanham maior número de famílias. As visitas são anotadas num caderno, que deve ser assinado pelo usuário visitado; freqüentemente os moradores não são encontrados em suas casas e as informações são obtidas com parentes ou vizinhos.
- ❖ Clientela: segue perfil tradicional dos serviços de AB - maioria são mulheres em idade reprodutiva, crianças e idosos, principalmente portadores de diabetes e hipertensão arterial. Homens jovens raramente comparecem à unidade.

- ❖ **Frequência das atividades:**
 - Diárias: consultas médicas; triagem da enfermagem para usuários não agendados; coleta de papanicolaou; curativos; medicações; entrega de medicamentos e preservativos; VD das ACS.
 - Semanais ou menos: grupo de “hiperdia”; VD de médico e enfermeiro.
 - Mensais ou menos: reuniões de equipe; grupos de exames, de planejamento familiar, de gestantes, de adolescentes. Nos três meses de trabalho de campo, apenas um grupo de papanicolaou e dois grupos de planejamento familiar foram realizados, com participação de poucas usuárias. Somente uma reunião de equipe foi realizada no período.
- ❖ Atividades que requerem agendamento: consultas médicas.
- ❖ Visitas domiciliares de auxiliares e enfermeiro são realizadas para casos específicos; do médico, somente para pessoas acamadas, com agendamento, às sextas-feiras à tarde.
- ❖ Não há datas fixas para as reuniões de equipe.

3.2. Atividades específicas de DST/aids

- ❖ Integradas a atividades que já existiam na USF:
 - Orientações nas atividades gerais – grupo de PF, VD, coletas de papanicolaou;
 - Testagem no pré-natal;
 - Tratamento de DST.
- ❖ Atividades específicas de prevenção das DST/aids:
 - Testagem e aconselhamento* para HIV, sífilis e hepatites para população geral;
 - Dispensação de preservativos masculinos*.
- ❖ Atividades que não foram implantadas:
 - Aconselhamento para gestantes;
 - Orientações sobre preservativo e outras formas de prevenção de DST nas consultas ginecológicas, de adolescentes e de gestantes;
 - Orientações sobre uso de preservativo (como prevenção e contraceptivo) nos atendimentos de usuários com DST;
 - Inclusão dos segmentos populacionais mais vulneráveis – onde estão?
- ❖ Atividades que deixaram de existir:

- Dispensação de preservativos femininos;
- Grupos de gestantes.
- ❖ Atividades pontuais que já foram realizadas:
 - Campanha para incentivar os jovens a fazerem o teste anti-HIV.
- ❖ Não há materiais específicos sobre DST/Aids para os profissionais de saúde na USF e apenas um profissional relatou ter recebido supervisão específica da Programa Municipal de DST e Aids.

4. Como a teoria nos ajuda a entender esses dados

- ❖ O serviço prioriza os atendimentos médicos, com finalidade curativa. São as atividades que têm agendamento, que envolvem diversos profissionais além do próprio médico – a recepcionista que organiza a agenda e a ordem de chegada e entrada dos usuários, as auxiliares que apóiam as consultas em que há necessidade (gestantes, ginecológicas, adolescentes, crianças), o enfermeiro que faz a triagem e os atendimentos dos não agendados, as ACS que tentam agendar consultas para seus cadastrados.
- ❖ A demanda por esses atendimentos também é grande, como na maioria dos serviços de saúde. Essa procura não somente reflete as necessidades da comunidade como “produz” essa necessidade (a oferta induz a demanda).
- ❖ Sobre a **prevenção** (não apenas das DST/Aids, mas de doenças em geral):
 - É falada como prioridade, mas na prática muitas vezes deixa de ocorrer.
 - É mais efetiva quando é realizada por um procedimento específico, como a aplicação de vacinas ou a oferta de testagem. As atividades “menos implantadas” são as que dependem, sobretudo, do diálogo com os usuários.
 - Exemplo da baixa prioridade das atividades preventivas: os grupos de planejamento familiar e papanicolaou são desmarcados com frequência; não observou-se a realização de orientações sobre a necessidade de prevenção para as usuárias com DST; não é feito aconselhamento na testagem para HIV e sífilis das gestantes.
 - As orientações resumem-se ao repasse de informações – “precisa usar camisinha em todas as relações sexuais”, “não pode comer mocotó nem feijoada”. Isso é reflexo da pouca clareza – não só na prática como também nas diretrizes do Ministério da Saúde - sobre como realizar uma abordagem de prevenção que vá além disso (do

repassa de informação) e cada profissional a faz do jeito que acha melhor ou do único jeito que aprendeu a fazê-la. O problema é que muitas vezes os próprios profissionais percebem que as orientações que dão não são seguidas pelos usuários. Por quê? Como mudar isso?

Alguns exemplos:

(ENTREVISTA)

Eu falo sempre sobre preservativo, sobre troca de parceiro, lógico, dentro de se a pessoa me dá liberdade. Por exemplo, se tem uma pessoa que eu sei que tem vários parceiros, mas se ela não me falou, eu vou ficar falando de uma forma, pra não ofender a pessoa, pra que ela não se sinta mal, mas eu vou tá falando do preservativo, se de repente assim, se ela tem uma queixa.

(ENTREVISTA)

(Eles procuram) muito pouco, nós temos preservativo sobrando e aqui não tem esse negócio de só dar para cadastrado, não. Aqui chegou, pode ser adolescente, pode ter quatorze, quinze anos, mesmo não cadastrado, ele leva se quiser.

(ATENDIMENTO 1)

Atendimento de usuária com condiloma recorrente.

Profissional de Saúde: É, não tá muito legal, não. Verrugão de novo, tem umas feridinhas. Tá com corrimento também.

(pressiona a barriga, com a mão por dentro da vagina)

Profissional de Saúde: Dói?

Usuária: Dói.

(usuária se veste e solicita a PS):

Usuária: Você pode passar o anticoncepcional que o meu acabou?

Profissional de Saúde: Qual você toma?

Usuária: Microvilar.

Profissional de Saúde: Tudo bem (...) E não pode ter relação enquanto estiver tratando, senão volta tudo.

Usuária: Tá.

(ATENDIMENTO 2)

Tarde de sexta-feira, parte da equipe está conversando na sala de espera enquanto aguarda o retorno dos profissionais que estão em VD para iniciar uma reunião.

Duas adolescentes entram na USF, uma delas veio fazer o teste de gravidez. É levada para a sala de medicação, onde recebe o teste e vai para o banheiro colher urina. Quando sai, entrega o material para profissional de saúde que está atendendo-a. Profissional olha o teste e, com a porta da sala de medicação (que fica de frente para a sala de espera onde profissionais e a amiga da usuária estão sentados) aberta, informa, olhando para o teste: “Negativo, viu?! Joga lá”. A menina joga o teste no lixo do banheiro, chama a amiga e vão-se embora.

(ATENDIMENTO 3)

Profissional de Saúde: E a M (enteada da usuária atendida)?

Usuária: Tá dando trabalho. Tá com outro namoradinho agora (...), entra pra casa todo dia 1h30 da manhã. O pai já não sabe mais o que faz. Aquele menino, o L., ele não que nem ver, que diz que foi ele que desvirginou ela, ainda bem que num (faz sinal de barriga de gravidez). Mas o médico já disse que ela não é mais virgem, não.

Profissional de Saúde: É... sem falar que tem também as doenças sexualmente transmissíveis, né?

Usuária: É, né?

Profissional de Saúde: É, muitas vezes as famílias acham que não vai acontecer com elas, aí de repente, aparece uma aids, uma DST.

Usuária: Ai, Deus me livre, é verdade, nem fale!

(...)

Profissional de Saúde: As meninas são terríveis, não se previnem.

Usuária: Deviam ter bastante palestras pra elas, né?

Profissional de Saúde: Mas a gente faz! Vai na escola, tudo, só que não adianta!

Usuária: Não adianta mesmo, né? Agora num sei o que a gente faz...

(ATENDIMENTO 4)

(Profissional de saúde afere a pressão arterial de uma usuária):

PS:14:8, não ta muito legal, não, viu?! Você, por favor, procure perder um pouco de peso. Dá mais atenção pra frutas, legumes, verduras. Esquece frituras, muitas calorias, que isso aí não é bom, não.

Usuária: Tá.

(Encerrado o atendimento)

(ATENDIMENTO 5)

Tarde de sexta-feira, parte da equipe está conversando na sala de espera enquanto aguarda o retorno dos profissionais que estão em VD para iniciar uma reunião.

Um usuário veio medir pressão. Como parece ser de costume nesses casos, é atendido na sala de medicação, com a porta aberta. Após a aferição, ele quer ficar conversando com profissional de saúde “1” que o está atendendo, queixa-se de dificuldade com o controle da pressão. “Profissional de Saúde 2” passa pela sala de espera e pergunta por “Profissional de Saúde 1”, “Profissional de Saúde 3” responde que está na sala, aferindo a pressão de um usuário:

Profissional de Saúde 3: Já acabou, mas ainda ta lá conversando.

Profissional de Saúde 4 (comenta baixinho, com os demais na sala): Esse aí gosta de conversar, né?!

(Todos riem).

Profissional de Saúde 5 (gritando): Fulana [Profissional de Saúde 1], tem um paciente te esperando!

(Todos riem novamente, não há ninguém aguardando, essa foi só uma estratégia usada para livrar a “Profissional de Saúde 1” do paciente que gosta de conversar).

“Profissional de Saúde 1” sai da sala, o paciente vem saindo atrás, ainda perguntando se o problema não seria a dosagem do medicamento. Profissional de Saúde vai andando e falando que “talvez”, e segue para o fundo da unidade, onde o usuário não

consegue mais ver. Ele se despede de todos na sala de espera e vai embora. Os demais profissionais de saúde ficam rindo da situação.

5. Avanços e desafios

Os resultados aqui descritos são semelhantes aos encontrados em diversos estudos que avaliam a atenção básica, bem como naqueles que analisam a realização de ações de prevenção das DST/Aids nesses serviços.

Foi possível observar o empenho da equipe do serviço de saúde para incluir as orientações para prevenção das DST/aids em alguns dos atendimentos que realizam no dia a dia. Alguns avanços importantes foram observados no serviço de saúde e merecem ser destacados:

- ❖ O preservativo masculino está disponível na unidade de saúde para todos os usuários, cadastrados ou não, sem limite de idade;
- ❖ A testagem para HIV, sífilis e hepatites também está disponível para todos, e tem, inclusive, um fluxo próprio que permite que todos tenham acesso independente de cotas laboratoriais;
- ❖ Houve iniciativa da equipe de realizar uma ação específica para estimular os jovens a se testarem, porque perceberam que este era um grupo bastante vulnerável, em função da troca de parceiros e do uso de drogas.

Mas... sempre há espaço para melhorar!

A dificuldade em implantar algumas das atividades de prevenção está relacionada à estrutura do serviço: a prioridade das atividades curativas (consultas e outros procedimentos) dificulta, sobretudo, a implantação das atividades que requerem a previsão de fluxos específicos – como o aconselhamento – e limita o potencial de outras, como a disponibilização de preservativos.

As ações de prevenção muitas vezes acabam limitando-se ao repasse de informações que são “encaixadas” em outras atividades. Isso dificulta o efetivo **diálogo** com os usuários/comunidade, seja nos atendimentos individuais – consultas, VD, aconselhamento – seja nas atividades coletivas – grupos, definição de prioridades e atividades do serviço. Ao mesmo

tempo, há o reconhecimento de que as ações atuais não são suficientes para modificar o comportamento da comunidade.

Essa percepção é confirmada pelos estudos sobre prevenção, como as “Pesquisas de Comportamentos, Atitudes e Práticas sobre HIV/Aids da População Brasileira” (PCAP), realizadas periodicamente no país e que mostram que as pessoas já têm muita informação, mas isso não se reflete na mesma medida em mudanças de comportamento.

Isso pode acontecer por diversos motivos: porque elas sabem que precisam usar o preservativo, mas não sabem como; porque não conseguem se prevenir (não conseguem negociar isso com os parceiros, não têm acesso fácil ao preservativo porque custa caro e o que os serviços de saúde dão não são suficientes, porque têm vergonha de pedi-los nos serviços de saúde); porque não acham prazeroso adotar os hábitos que os serviços recomendam: comer pouco sal, usar camisinha, caminhar todos os dias.

Se levarmos em consideração a recomendação do Ministério da Saúde de que as atividades de prevenção das DST/aids se baseiem na perspectiva de “vulnerabilidade”, teremos que em cada orientação/ ação/ atividade deve-se levar em conta que, embora todos nós corramos o risco de nos infectar pelo HIV, as chances que temos de nos proteger são muito diferentes: porque somos mais ricos ou pobres, porque temos mais ou menos informação, porque temos maior ou menor capacidade de compreender as informações que recebemos, porque temos mais ou menos condições de cuidar da nossa saúde como mandam os serviços. Por exemplo: que resultados podemos esperar quando dizemos a um homem ou uma mulher que depende economicamente de seu parceiro que ele ou ela tem que exigir o uso do preservativo? Ou que devem recusar relações sexuais com este mesmo parceiro quando estão fazendo tratamento de DST? Ou, ainda, que devem obrigar o parceiro a tratar-se de uma DST? Em que o serviço de saúde contribui para a prevenção dessa pessoa quando diz que ela/ ele tem que usar preservativo em todas as suas relações sexuais ou quando lhe entrega os medicamentos para tratamento de DST e diz que ele ou ela vai ter que convencer o parceiro a tratar-se?

Talvez seja necessário nos atendimentos individuais buscarmos alternativas para avaliar com cada usuário os riscos que corre e as possibilidades que ele tem de se prevenir. Por que não considerar que para algumas pessoas a fidelidade mútua com testagem periódica seja

uma forma de se prevenir quando o preservativo é inviável? Ou porque não conversar sobre a abstinência como uma forma de se prevenir, se essa for a escolha da pessoa?

Uma alternativa para isso seria aprimorar o aconselhamento pré-teste, que, conforme foi observado, atualmente se resume ao preenchimento do formulário entregue pela CM DST/Aids e ao repasse de algumas informações básicas aos usuários. No entanto, esse é um atendimento que tem um potencial muito maior, pois é um momento em que profissional de saúde e o usuário do serviço têm a oportunidade de conversar diretamente sobre as condições de vida do usuário e suas possibilidades de se prevenir: quais são suas parcerias sexuais (homens, mulheres? estáveis, eventuais? clientes?), como se previne (preservativo ou outras formas), que métodos contraceptivos usa (ou a parceira usa) e porque os escolheu, se sente-se apto(a) para usar (ou pedir ao parceiro que use) o preservativo (sabe usar? parceiro aceita? sofre algum tipo de violência – sexual, física, psicológica?), se sabe como usar, se já teve DST, se usa drogas, se conhece os riscos do uso e as maneiras de evitá-los.

Como atividade de prevenção, o aconselhamento é um momento privilegiado, pois quando as pessoas buscam a testagem é porque se sentem vulneráveis ao HIV ou a outras DST. Ninguém escolhe se testar voluntariamente sem sentir necessidade. Nesse momento, as pessoas podem estar mais dispostas a compreender os riscos que estão correndo e a buscar formas de reduzir esses riscos. Permitir que falem sobre isso, orientá-las e entregá-lhes preservativos são formas de estimular a adoção de comportamentos sexuais mais seguros.

Com as gestantes, embora a testagem esteja prevista no protocolo do pré-natal, é preciso lembrar que o que o protocolo prevê é a oferta da testagem, o que dá a ela o direito de fazer ou não o teste. Quando solicitamos o anti-HIV sem informar isso à gestante, estamos violando o direito de escolha dela; se simplesmente informamos e não conversamos sobre a necessidade do teste e não avaliamos com ela seus riscos e suas possibilidades de prevenção, não damos a ela a oportunidade de rever suas práticas nem cumprimos nosso papel de prepará-la para um eventual diagnóstico positivo.

Vale lembrar que essas considerações também são válidas para outros atendimentos individualizados, como consultas, coletas e VD e que essas mudanças não podem ser alcançadas apenas com a vontade individual de cada profissional.

Criar novas ações e modificar a prática depende, além da formação e atitude individual de cada um, de uma organização das atividades que incluam a prevenção entre as prioridades (sem que ela tenha que ser “encaixada” quando dá) e que haja espaços de diálogo e reflexão sobre o trabalho do dia a dia: reuniões, capacitações, supervisões.

Uma alternativa é a criação de espaços de discussão sistemáticos em que os profissionais de saúde possam refletir, conhecer o trabalho que está sendo feito pelos outros no dia-a-dia e buscar formas de modificar as práticas que percebem que não estão sendo efetivas ou que não respondem às necessidades da comunidade. Além de reuniões da própria equipe, que poderiam ajudar a buscar soluções para as dificuldades percebidas no cotidiano, as supervisões da Secretaria Municipal de Saúde (e da Coordenação Municipal de DST/Aids, especificamente) poderiam ser importantes momentos para revisão de prioridades, criação de formas alternativas de realizar as ações de prevenção e trocas de experiências com outras instituições que já fazem atividades de prevenção.

O diálogo com a comunidade também é um diferencial da Saúde da Família que pode ser mais explorado. Ao entrar nas casas das pessoas, os profissionais têm a oportunidade de ouvir e verificar suas principais necessidades. Porém, se estiverem presos ao cumprimento de procedimentos (assinatura do caderno, checagem da carteirinha etc) perdem a chance de conversar com as pessoas. É preciso que haja um espaço para conversar sobre o que se vê na comunidade entre toda a equipe, para que sejam negociadas conjuntamente formas de solucionar os problemas encontrados.

Outros espaços podem ser criados para que a comunidade fale sobre os problemas de saúde que mais lhes afetam e as dificuldades que têm de resolvê-los no serviço de saúde. Estratégias simples, como caixa de sugestões e reclamações, ou mais elaboradas, como Conselho Gestor da USF, são algumas das possibilidades. Isso pode ajudar a USF, junto com a SMS, a adequar seus atendimentos às necessidade da comunidade. Por exemplo, se as palestras nas escolas não são suficientes para que meninas e meninos adolescentes pratiquem sexo mais seguro, que alternativas podem ser pensadas? Quem pode ajudar? Os pais, as escolas, os/as próprios/as adolescentes? Por que não convocá-los para ajudar a pensar? Será que as adolescentes confiam num serviço de saúde que atesta para seus pais e mães se elas são virgens ou não? Será que elas voltarão ao serviço para falar das dificuldades que têm de se prevenir se sentirem-se julgados por terem vida sexual ativa?

Todos os profissionais relatam que há “sobra” de preservativo (o feminino, inclusive, deixou de existir porque as pessoas não o solicitavam na USF), mas não sabe-se quais são os motivos que fazem com que as pessoas da comunidade não retirem preservativos na USF. Será que não os usam ou será que preferem retirá-los em outros lugares? Em qualquer um dos casos, a unidade pode tomar medidas para modificar essa situação. Alguns exemplos são incluir orientações sobre como usar os preservativos nas consultas de DST ou nos grupos de planejamento familiar ou criar grupos específicos para falar sobre o tema; deixar os preservativos num espaço em que as pessoas possam pegá-los sem ter que passar pela farmácia e sem ter que apresentar nenhum documento; fazer uma parceria com a escola ou outras instituições da comunidade para deixar preservativos disponíveis nesses lugares.

Pode-se dizer que a implantação das atividades de prevenção das DST/Aids é desafiadora, mas pode trazer enriquecimentos para os serviços de saúde, ao colocar no dia a dia das equipes a necessidade de refletir sobre a importância do sigilo nos atendimentos de saúde, a compreensão da sexualidade como parte da vida e dos cuidados de saúde (que não se limita à reprodução e à contracepção), a percepção de que prevenção não se faz só com informação e vontade pessoal e sobre a necessidade de elaborar formas de aprimorar o diálogo com a comunidade a que atende.

Agradecimentos

À equipe da Unidade de Saúde da Família do (nome do bairro), a todos os usuários que autorizaram minha presença nos atendimentos, à Coordenação Municipal de DST/Aids de (nome do município), ao César Inoue, à Dra Maria Ines Battistella Nemes, à Dra Regina Maria Barbosa, à Dra Lilia Blima Schraiber, a todas as participantes e orientadoras do XII Programa de Introdução à Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva e ao Valter e outros motoristas da SES/SP.

Anexo 11

Relatório de reunião devolutiva realizada com equipe de Saúde da Família e coordenação do Programa Municipal de DST/Aids

15/06/2007

1. A apresentação foi realizada na própria Unidade de Saúde da Família, com agendamento prévio de um mês.
2. Os resultados apresentados e discutidos foram organizados em um breve texto (10 páginas), de modo que puderam ser entregues cópias à equipe.
3. Foram convidadas para a reunião, além dos membros da equipe da USF, as representantes do Programa Municipal de DST/Aids que participaram do estudo.
4. Ao chegar à USF, foi possível constatar algumas mudanças ocorridas desde a realização do trabalho de campo:
 - a. A primeira delas, é que a equipe aumentou consideravelmente. Trabalham na USF, atualmente, duas equipes de saúde da família, o que significa: dois enfermeiros, dois médicos, quatro auxiliares de enfermagem, doze ACS, um auxiliar administrativo e um auxiliar de serviços gerais.
 - b. Outra mudança importante é que o prédio da USF foi finalizado. Agora, além dos espaços anteriormente existentes, há: uma sala de reuniões, com mesa, cadeiras, quadro de anotações e armários; uma sala das ACS, que parecem utilizar, principalmente, para cuidar do trabalho de preenchimento dos formulários e para outras atividades de registro; um expurgo; mais uma sala de atendimento de enfermagem; mais uma sala de atendimento médico.
5. Embora todos tenham sido convidados, participaram da reunião de apresentação dos resultados apenas alguns membros da equipe: três ACS que já trabalhavam na USF quando a pesquisa foi realizada; três ACS novas; o enfermeiro/ gerente que acompanhou a realização da pesquisa; a nova enfermeira. Outras três ACS participaram de parte da reunião. Os enfermeiros também não participaram o tempo todo, em função

da necessidade de responder a outras demandas, mas puderam acompanhar boa parte da discussão e participar ativamente dela. Os profissionais que não participaram o fizeram por estarem envolvidos em outras atividades de atendimento na USF.

6. Foi uma reunião bastante participativa. Todos se sentiram muito à vontade para comentar os achados apresentados, dar novos exemplos a partir do trabalho cotidiano e apontar modificações na estrutura e na organização do processo de trabalho que ocorreram desde a finalização do trabalho de campo.
7. Foi extremamente interessante poder apresentar, inicialmente, as motivações do estudo e algumas informações de outras pesquisas sobre o tema. Todos ficaram interessados, por exemplo, em saber mais sobre os estudos de trajetória de mulheres com HIV pelos serviços e seus diagnósticos tardios, porque reconheceram isso como algo bastante próximo da sua realidade: a dificuldade de identificar eventuais casos de aids ou mesmo de lidar com os casos de DST. Foi interessante notar que conforme os dados dessas pesquisas eram apresentados, os profissionais davam demonstrações de concordância (com a cabeça, com breves comentários) com informações do tipo: as mulheres não se recordam de ter recebido informações sobre aids nos serviços, é comum que os profissionais só desconfiem que está infectada quando seu parceiro morre em decorrência da aids e que há dificuldade em se falar sobre sexualidade nos serviços de saúde.
8. Em relação aos resultados:
 - a. Todos consideraram correta a descrição feita da equipe, das atividades realizadas e de sua organização à época do trabalho de campo, do perfil da clientela (reiteraram que não sabem como fazer para que os homens procurem o serviço);
 - b. Relataram algumas mudanças que ocorreram após o aumento da equipe:
 - Contratação de mais profissionais;
 - Nova divisão das microáreas: com a chegada de novas ACS e da inclusão de outras ruas do bairro na área de atuação da USF, as ruas sob responsabilidade de cada agente foram redefinidas, de modo que atualmente todas têm aproximadamente o mesmo número de famílias;

- A coleta de papanicolaou passou a ter dia definido e agora tem de ser agendada. O dia é sexta-feira. A justificativa para essa mudança foi que anteriormente, as auxiliares tinham que interromper seu trabalho várias vezes ao longo do dia para fazer a coleta de cada usuária que chegava. Do mesmo modo, muitas vezes as usuárias tinham que ficar esperando muito até que uma auxiliar pudesse atendê-las. Além disso, frequentemente elas vinham sem seguir as instruções para realização (72 de abstinência sexual, sem menstruação ou uso de cremes ginecológicos, banho tomado). Essas regras para realização mantêm-se, assim como a orientação de que todas as mulheres têm que fazer o papanicolaou uma vez ao ano, independentemente do resultado do exame;
- Também se relatou haver agora reuniões mensais da equipe toda. Além dessas, semanalmente as equipes têm reuniões separadas das ACS com o/a enfermeiro/a responsável;
- Visitas domiciliares de enfermeiros são realizadas duas vezes por semana, havendo um período definido para cada um deles (um faz as visitas às quintas-feiras à tarde e o outro, às terças-feiras à tarde);
- Também relatam que o médico agora visita outros usuários, além dos acamados;
- Passou a haver atendimentos médicos às sextas-feiras à tarde, o que foi possibilitado pelo fato de haver agora dois médicos na equipe (enquanto um faz VD, o outro faz consultas);
- Relatam que os grupos de PF e de papanicolaou passaram a ser realizados mensalmente, sem cancelamentos, pois agora dispõem de espaço físico para tanto;
- Os grupos de gestantes voltaram a existir, mas agora sem a divisão por trimestre que havia antes. A estratégia para que as gestantes participem do grupo é agendar a coleta dos exames e a primeira consulta médica para o dia que o grupo está agendado. Relatam que assim a frequência de gestantes participantes dos grupos aumentou.

- c. Não houve alterações nas atividades de prevenção das DST/Aids, tendo sido reiterada pela equipe a descrição apresentada.

9. Interpretação dos resultados:

- a. A baixa prioridade da prevenção frente às atividades assistenciais é percebida pelos profissionais de saúde da equipe, que concordaram com a afirmação de que a atividade mais importante da unidade são as consultas médicas, por tudo que envolvem: profissionais, agendamento, especificações etc.
- b. Foi muito interessante a discussão sobre as formas de se fazer prevenção. Ao colocar que fazemos prevenção como a aprendemos e compreendemos e que, em geral, isso se resume ao repasse de informações, a pesquisadora perguntou ao grupo de que outras formas consideravam que isso poderia ser feito, o que permitiu a todos uma riquíssima reflexão. Uma das ACS disse que às vezes era preciso “ver o que cada um (usuário) consegue fazer” e deu como exemplo duas situações: a primeira referia-se aos hábitos alimentares da avó da ACS, que sofre de hipertensão arterial, mas que, por ser de origem nordestina, tem o hábito de comer carne seca diariamente. Como sabe que é impossível que a avó deixe de comer carne seca, a ACS relatou que tem negociado com ela que coma menos vezes por semana. A segunda situação relatada foi a de uma usuária que a ACS atende. É um caso de uma mulher que sabe que seu companheiro tem relações extraconjugais, mas que já relatou à ACS não ter coragem de pedir a ele que use o preservativo porque teme ser agredida fisicamente. A ACS, por sua vez, estava profundamente angustiada com a situação, porque disse que não sabia como ajudá-la, inclusive porque também teme abordar mais insistentemente o assunto e ser agredida pelo companheiro da usuária. Todos concordaram que essa era uma situação bastante complexa e muito angustiante para o profissional de saúde. Algumas sugestões surgiram: primeiro, a equipe considerou que era necessário investigar se a usuária deseja ou não se manter nessa relação e, caso não o deseje, se necessita de alguma ajuda/ proteção para findá-la; caso o deseje, sugeriu-se que a ACS demandasse a ajuda do Programa Municipal de DST/Aids para abordar essa mulher por outros meios, com auxílio

da equipe de prevenção. A representante do Programa Municipal, presente à reunião, comprometeu-se em auxiliar a equipe na resolução do caso.

- c. Esse exemplo e as reflexões provocadas no grupo permitiram que eles mesmos concluíssem que as ações de prevenção poderiam ser mais efetivas se os profissionais pudessem ouvir mais os usuários e suas dificuldades e, conseqüentemente, pudessem adequar as orientações preventivas à realidade de cada um, abrindo mão das prescrições. Levantaram, inclusive, a necessidade de adequar a linguagem para que os usuários compreendam as orientações. O consenso do grupo foi de que era preciso negociar com cada usuário (“cada caso é um caso”) e compreender que nem todos terão condições ou mesmo desejo – seja por questões econômicas, culturais, individuais - de seguir à risca as orientações dadas na USF.
- d. Outro exemplo trazido à tona pela discussão do texto foi o de uma profissional do sexo atendida no serviço que está grávida pela 5ª vez e que, segundo a equipe, deverá recorrer, também pela quinta vez, a um aborto. Todos estavam visivelmente incomodados com essa situação e alguns demonstravam, inclusive, raiva da usuária, por condenarem sua atividade profissional e a possibilidade de um abortamento induzido. Todos se disseram preocupados com o fato de a moça não usar nenhum contraceptivo. A representante do Programa Municipal de DST/Aids questionou se já havia sido sugerido o anticoncepcional injetável e a equipe disse que ela se recusa a usar métodos hormonais porque teme que a façam engordar, o que lhe traria prejuízos no trabalho. Ela diz usar camisinha, mas, como indicam as gravidezes, esse uso tem falhado. A pesquisadora questionou, então, a possibilidade do uso do DIU. A enfermeira (que não participou da pesquisa) ficou indignada e disse que “nunca! Ela tem múltiplos parceiros e essa é uma contra-indicação do DIU”. Problematizou-se, então, se esse não era a um caso a ser tratado como exceção – diante da situação, que era mais importante: seguir recomendações genéricas “ao pé da letra” ou considerar a especificidade do caso, tentando reduzir os danos que a usuária vem sofrendo com as gestações e os abortos? A enfermeira ainda insistiu, dizendo que “médico nenhum coloca DIU numa situação dessas”. Os demais membros do

grupo entenderam que era preciso negociar uma alternativa com a usuária, mas ninguém se sentiu à vontade para discutir o uso do DIU nesse caso. Relataram que era freqüente que outras mulheres profissionais do sexo tivessem outras práticas arriscadas para a produção de infecções, como o uso de tampões de algodão na vagina para impedir a saída da menstruação. A enfermeira relatou que naquela mesma semana havia retirado um da vagina da profissional do sexo que está gestante. O caso permitiu à pesquisadora sugerir ao grupo a reflexão sobre o que são “casos complexos”. O argumento de que casos não são complexos apenas quando envolvem intervenções biomédicas super especializadas, mas também quando envolvem aspectos sociais e subjetivos de difícil abordagem e solução foi bem recebida pelo grupo. Com isso, pode-se discutir a necessidade de contar com outros serviços de referência que possam apoiar o atendimento a esses casos, como as equipes de prevenção da do Programa Municipal de DST/Aids e os serviços de atendimento psicossocial.

10. Com os exemplos e as reflexões produzidas pelo grupo, ficou claro para todos que as transformações das práticas não poderiam se dar somente a partir da vontade individual dos profissionais. Somente se tornariam possíveis quando fossem feitas alterações na estrutura organizacional do trabalho. Por exemplo, o encaminhamento de casos como os relatados pelas ACS ao Programa Municipal de DST/Aids dependeria da criação de mecanismos de referência e contra-referência hoje inexistentes no serviço; as mudanças na realização da prática do aconselhamento necessitariam ser planejadas (profissionais responsáveis, horários etc); e assim por diante.
11. A percepção da importância da dimensão organizacional das práticas permitiu a todos a compreensão da relevância de algumas atividades que, muitas vezes, eram percebidas como “cumprimento de atividades burocráticas” ou que eram realizada de maneira ‘burocratizada”: reuniões de equipe, supervisão de atividades, criação de mecanismos de referência a contra-referência com outros serviços do sistema e de outros setores.
12. A presença de uma representante do Programa Municipal de DST/Aids permitiu o comprometimento com a busca de soluções para os casos mais complexos que foram relatados, assim como a reiteração da relevância do fortalecimento de alguns

mecanismos de atuação conjunta, como as supervisões em serviço e as capacitações específicas.

13. Foi solicitado, inclusive, pela ACS, que seja organizada um dia de trabalho conjunto entre a equipe da USF e as equipes de saúde que trabalham exclusivamente com DST/Aids no município. As ACS alegaram que isso poderia lhes permitir conhecer melhor não apenas como funcionam as atividades de prevenção, como também se aproximar de alguns públicos (e realidades) específicos, como profissionais do sexo, travestis e pessoas que vivem com HIV.
14. O balanço da reunião de devolutiva foi extremamente positivo. A equipe mostrou-se muito aberta ao diálogo e à discussão, compreendendo que os pontos frágeis apontados tinham como objetivo permitir-lhes compreender uma possibilidade de análise dos dados coletados e promover a reflexão acerca da criação de alternativas de melhoria. As críticas foram debatidas com muita seriedade e comprometimento da equipe. A elaboração coletiva de alternativas para as dificuldades compartilhadas ao longo da reunião foi um processo riquíssimo, que demonstrou o potencial de colaboração do grupo.
15. Dois pontos de discussão podem ser destacados como os mais relevantes da reunião: a importância da dimensão organizacional das práticas e a complexidade dos casos para além de sua dimensão biomédica. Como resultados práticos, a possibilidade de terem sido acordadas soluções conjuntas com o Programa Municipal de DST/Aids para casos extremamente complexos e a solicitação das ACS de que seja viabilizada uma aproximação entre as equipes podem ser considerados extremamente positivos.

Anexo 12

Avaliação da Implantação de Atividades de Prevenção das DST/Aids na Atenção Básica: um estudo de caso na região metropolitana de São Paulo, Brasil

Dulce Aurélia de Souza Ferraz*

Maria Ines Battistella Nemes*

* Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Preventiva

Resumo: Desde os anos 1990, a incorporação da prevenção das DST/aids na atenção básica (AB) é internacionalmente recomendada. No Brasil, investimentos para esta incorporação vêm sendo feitos pelo Ministério da Saúde. Este estudo realiza uma avaliação da implantação destas atividades, mediante estudo de caso em profundidade, realizado numa unidade de saúde da família da região metropolitana de São Paulo. Analisam-se o conjunto das atividades da unidade e aquelas específicas de prevenção das DST/aids, mediante observações diretas e entrevistas semi-estruturadas com profissionais do serviço. Verifica-se que o perfil tecnológico da unidade se assemelha ao dos tradicionais serviços da AB brasileiros, apresentando limitado potencial de concretização do princípio da integralidade. Incorporam-se atividades de prevenção das DST/aids, porém, esvaziadas de importantes sentidos tecnológicos, como o diálogo e a atenção à singularidade dos usuários, preconizados pelo Programa Nacional de DST/Aids. Esta e outras características revelam um tensionamento entre as propostas tecnológicas do Programa e o perfil tecnológico atual da atenção básica. Entretanto, a explicitação deste tensionamento pode favorecer a reflexão sobre novos valores no cotidiano da AB, potencializando a concretização de arranjos tecnológicos mais integrais.

Palavras-chave: prevenção de aids; doenças sexualmente transmissíveis; atenção primária; avaliação; saúde da família.

Abstract: Since the 1990's, the implementation of STD/aids prevention activities into primary health care (PHC) facilities is internationally recommended. In Brazil, investments to its implementation are being made by the Ministry of Health. This study is an evaluation of the implementation of those activities in a family health facility (FHF) located at São Paulo's metropolitan region, Brazil. It's an in depth case study, in which all the facility's services were studied and the specific STD/Aids services were identified, through direct observation and semi-structured interviews with the facility's workers. The technological organization of the FHF does not differ significantly from the traditional Brazilian PHC facilities, having limited potential to promote comprehensive care. STD/aids prevention activities are delivered, but lacking important technological characteristics, such as dialogue and individualized approaches, recommended by the Brazilian National STD/Aids Program. This and other characteristics reveal a tension between the ethical norms of the Program and the technological organization of the FHF. However, the perception of this tension may introduce new values to the PHC practices, therefore contributing to induce to a more comprehensive care in PHC facilities.

Key words: AIDS prevention; sexually transmitted diseases; primary care; evaluation; family health.

Introdução

A implantação de atividades de prevenção das DST/aids na rede de atenção básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS) é um componente prioritário da política brasileira de controle desses agravos^{i, ii}.

Diferentemente das ações de assistência às pessoas vivendo com HIV/aids - que desde o início da epidemia estruturaram-se nos serviços do sistema - as atividades de prevenção centraram-se, inicialmente, nas ações realizadas por organizações da sociedade civilⁱⁱⁱ. A proposta de sua integração às estruturas do SUS começou a ser intensamente debatida nos anos 1990, como resposta às tendências de heterossexualização e feminização da epidemia que se consolidavam à época^{iv}.

Importantes impulsionadoras desta proposta foram as reivindicações do movimento de mulheres, fortalecidas pelas recomendações da Plataforma de Ação da Conferência

Internacional sobre População e Desenvolvimento^v, realizada em 1994, no Cairo. A plataforma propôs a inclusão da atenção às DST/aids entre as ações prioritárias de saúde reprodutiva dos países signatários, enfatizando a implantação nos serviços de AB de atividades de prevenção, detecção e tratamento das DST; educação e aconselhamento para prevenção da aids; e disponibilização de preservativos.

Desde então, as atribuições dos serviços de saúde neste campo vêm se ampliando, como se pode verificar, em âmbito internacional, pelas recentes recomendações da Organização Mundial da Saúde^{vi} sobre oferta da testagem anti-HIV, e, nacionalmente, pela amplitude de atividades de prevenção propostas pelo Ministério da Saúde para a AB^{vii}.

O Brasil, atualmente, prioriza a estratégia de Saúde da Família (SF) como modelo de organização da AB^{viii}. Considera-se que esta estratégia favorece a reorientação do modelo de atenção centrado no atendimento individualizado, no trabalho do médico e na doença, para um modelo de atenção que prioriza a qualidade de vida das pessoas, capaz de transformar e aprimorar a relação entre os profissionais de saúde e a comunidade (por meio do estabelecimento de vínculos de compromisso e co-responsabilidade) e de concretizar o princípio da integralidade⁸.

Embora a prevenção das DST/aids não esteja explicitamente estabelecida na Política Nacional de Atenção Básica como área prioritária⁸, a integração destas atividades na AB consta em documentos referenciais do Programa Nacional de DST/aids (PN DST/Aids) como *melhor alternativa para a prevenção de novas infecções e (...) instrumento capaz de antecipar problemas individuais e coletivos em relação à epidemia de HIV e aids e a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis*².

Tomando como referência esses documentos, as atividades de prevenção cuja realização está prevista nos serviços de AB podem ser agrupadas em: oferta de testagem voluntária e aconselhamento para população geral e para gestantes; disponibilização de preservativos; inclusão dos segmentos populacionais mais vulneráveis nos serviços; assistência às DST; e orientações aos usuários em atividades cotidianamente realizadas nos serviços. Devem ser guiadas pelos princípios éticos que sustentam o componente de prevenção do PN DST/Aids: respeito à diversidade sexual, à vivência da sexualidade e ao uso de drogas, com abordagens baseadas nos princípios de direitos humanos, participação

social e na noção de vulnerabilidade, atentas às dimensões subjetivas da prevenção e aos contextos estruturantes da vida das pessoas e dos grupos¹.

No cenário internacional, a implantação dessas atividades vem sendo amplamente debatida. Dentre as potencialidades apontadas, destacam-se: ampliação da cobertura das ações de prevenção e tratamento das DST^{ix,x,xi}; apoio comunitário de que desfrutam os serviços de atenção básica⁹; e possibilidade de otimização de recursos humanos e estruturais¹⁰. Como limitações desse processo, identificam-se: diferenças entre as necessidades de saúde a que visam responder os tradicionais programas de saúde reprodutiva e os de prevenção das DST/aids^{xii}; acréscimo de atividades clinicamente complexas à rotina dos profissionais⁸; e ausência de consenso entre os formuladores de políticas sobre atividades que seriam passíveis de integração¹².

Estudos empíricos realizados no Brasil^{xiii} e no mundo^{xiv} têm constatado a redução do aconselhamento e das ações educativas de prevenção do HIV realizadas em serviços de AB ao repasse de informações. Complementarmente, estudos nacionais^{xv} e internacionais^{xvi} mostram que mulheres com diagnóstico de aids, mesmo quando apresentavam histórico de risco de infecção, não se recordavam de ter recebido qualquer tipo de informação sobre HIV ou outras DST nos serviços que freqüentavam antes do diagnóstico, tendo, a maioria, descoberto a soropositividade quando do aparecimento de sintomas ou da morte por aids do companheiro ou filho.

Este trabalho busca explorar as possibilidades e os limites da integração das ações de prevenção das DST/aids na atenção operada numa unidade de AB organizada pela estratégia SF. Assume como pressuposto a existência de tensionamentos entre os arranjos tecnológicos vigentes na AB e as proposições ético-normativas das ações de prevenção das DST/aids no Brasil. Compreende-se que as possibilidades de implantação efetiva dessas ações em consonância com tais proposições serão dadas pelo maior ou menor potencial do modelo assistencial^{xvii} em concretizar o valor da integralidade na dimensão das práticas de saúde^{xviii}.

Métodos

Estudo realizado num município da região metropolitana de São Paulo, entre julho e outubro de 2006.

Baseia-se no conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde^{xix,xx}, no modelo de avaliação da AB desenvolvido a partir deste conceito^{xxi} e em estudos empíricos de avaliação do PN DST/Aids orientados por este modelo^{xxii,xxiii}.

Neste referencial, o perfil tecnológico de um serviço de saúde é definido pela articulação entre os processos de trabalho nele predominantes. Estes resultam da dinâmica entre os objetos definidos para uma atividade (um jovem, por exemplo), sua finalidade (prevenir a aids, p.e.) e os instrumentos que os profissionais utilizam para alcançá-la (orientação para uso de preservativo, p.e.). Ressalta-se a reprodução de valores humanos que acontece no trabalho, sobretudo a que se dá mediante a utilização de instrumentos não materiais, como as orientações educativas.

Ao incorporar novas proposições (como atividades de prevenção da aids para jovens, p.e.), a articulação existente entre os processos de trabalho é tensionada e modificada, produzindo uma reconstrução tecnológica do plano propositivo do trabalho.

Coerentemente com esta apreensão conceitual, o modelo avaliativo desta investigação baseia-se no contraste entre o plano ético-normativo do programa em estudo e seu plano operativo. Analisam-se as reconstruções que prioridades, normas de funcionamento e padrões de ação estabelecidos no plano propositivo do PN DST/Aids sofrem ao serem transpostos para o plano concreto da AB. Busca-se analisar a implantação como um processo de encontros e desencontros da consecução de exercícios técnicos, valores e interesses que, ao ser estudado, deve permitir o questionamento das impropriedades apresentadas pelo plano propositivo à vida prática e não o inverso^{xxiv}.

A abordagem avaliativa é de avaliação de implantação^{xxv}, recomendada no estudo de programas com pouca especificidade tecnológica, multiplicidade de estratégias, execução em contextos variados e pouca definição do grau desejável de sua efetivação^{xxvi}. A técnica é de estudo de caso em profundidade^{xxvii}.

Visando ampliar a validade dos achados, buscou-se eleger a unidade de saúde “melhor possível”. Selecionou-se, primeiramente, o município, mediante consulta a dirigentes da Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo, com base nos critérios de existência de: Coordenação Municipal de DST/Aids (CM DST/Aids) consolidada, serviços de AB organizados pela ESF e priorização local da implantação das atividades de prevenção das DST/aids na AB.

A unidade de saúde foi selecionada por consulta à CM DST/Aids e por visitas às três unidades indicadas como melhores. Selecionou-se a que relatou participação no processo de implantação das ações de prevenção realizado pela CM DST/Aids, operação atual dessas atividades, espaço físico adequado e concordância da gerência em participar do estudo.

O estudo foi apresentado à equipe em reunião, na qual se obteve autorização para realizar as observações diretas. Para consultas, coleta do papanicolaou e visitas domiciliares também foi solicitada autorização aos usuários e profissionais no momento da observação.

Considerando-se a perspectiva conceitual adotada, a unidade de saúde da família (USF) foi estudada em seu conjunto, visando mapear os momentos que compõem o cotidiano do processo de trabalho da equipe, tanto dentro quanto fora da unidade^{xxviii,xxix}.

Para captação e análise das atividades específicas de prevenção das DST/aids foram estabelecidos dois conjuntos tecnológicos: (1) atividades integradas a outras previamente realizadas no serviço; e (2) atividades específicas de prevenção das DST/aids.

Para apreensão dessas dimensões, foram realizadas:

- Entrevista com gerente da USF e com profissionais envolvidos nas atividades de prevenção das DST/aids: duas auxiliares de enfermagem, um médico e três agentes comunitárias de saúde (ACS). A leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido precederam todas as entrevistas, que foram realizadas na unidade de saúde, em horários previamente agendados com os profissionais, pela pesquisadora principal, com base em roteiro semi-estruturado. Foram gravadas sob autorização dos entrevistados e transcritas literalmente.
- Observação direta e sistemática do processo de trabalho e de componentes específicos, seguindo roteiro estruturado, durante 16 períodos (manhãs e tardes). Foram observados: atendimento de recepção e sala de espera; consultas de enfermagem; coleta de papanicolaou; visitas domiciliares; grupos de hipertensão e diabetes e de planejamento familiar; consultas médicas; reunião de equipe. As observações, feitas pela pesquisadora principal e por um pesquisador auxiliar, foram registradas num diário de campo.

A presença dos pesquisadores na unidade foi bem recebida em todos os momentos da investigação.

A consolidação das informações em dados de análise foi debatida entre os pesquisadores envolvidos, tendo sido a observação considerada a fonte mais fidedigna nos casos de divergência de informações. O material foi submetido à análise temática^{27,xxx}.

Todos os procedimentos de pesquisa obedeceram à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde^{xxxii}. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde/ SES/SP e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Resultados

Perfil tecnológico

Criada em 2002, a USF estudada localiza-se em região periférica do município, num bairro com áreas de favela. Inicialmente pertencia a outra unidade básica, que permanece ativa e atende aos moradores de fora da área de abrangência da USF. Ganhou sede própria em 2005 e no período do estudo funcionava numa sede recém inaugurada, em reforma, composta por: sala de espera; recepção; consultório médico; consultório de enfermagem; salas de coleta, medicação, imunização e inalação; farmácia; e sala de grupo (em construção). Os atendimentos são realizados de segunda a sexta-feira, das 7h30 às 17h.

É constituída por uma equipe mínima de SF: médico, enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem, oito ACS, uma auxiliar administrativa e uma auxiliar de serviços gerais. A gerência é exercida pelo enfermeiro.

A clientela segue o perfil tradicional dos serviços de AB: composta majoritariamente por mulheres em idade reprodutiva, crianças e idosos, principalmente portadores de diabetes e hipertensão arterial. Homens jovens raramente são vistos na unidade.

Os usuários são cadastrados pelas ACS, mediante comprovação de residência mínima de quatro meses na área adstrita. Moradores de áreas vizinhas que não pertencem à área de adstrição podem ter acesso a serviços pontuais (ver figura 1).

A área divide-se em oito microáreas, cada uma sob responsabilidade de uma ACS. As microáreas concentram entre 180 e 250 famílias, variação que ocorre em função da distribuição das ACS dar-se por ruas predefinidas pela Secretaria Municipal de Saúde

(SMS). Conseqüentemente, ACS que atuam nas áreas de habitação mais precárias (casas sobrepostas, habitação conjunta de famílias) acompanham maior número de famílias.

Atividades oferecidas também são similares às das demais unidades de AB, exceto pelo acréscimo das visitas domiciliares, feitas pelas ACS para todas as famílias e para casos específicos pelo enfermeiro, auxiliares de enfermagem (curativos, medicação) e médico (usuários acamados).

Visitas das ACS são realizadas mensalmente. Para usuários com algum dos agravos ou condições prioritárias do PSF são realizadas duas visitas mensais. As visitas são anotadas num caderno, assinado pelo usuário; freqüentemente os moradores não são encontrados nas casas e as ACS solicitam a parentes ou vizinhos que assinem o caderno para atestar sua ida ao domicílio.

As ACS relatam insuficiência das VD do médico, realizadas somente às sextas-feiras à tarde, com agendamento feito por elas e quase exclusivamente para acamados. Alegam não serem atendidas muitas vezes e relatam inadequações do procedimento:

(Agentes conversando na área externa da USF): “A gente tem que conversar na reunião sobre a visita do médico (...) a gente aprendeu no curso que médico da família não é assim, não é só pra visitar quem já ta acamado... quem já ta assim (...) dificilmente vai sair desse estado. Ele tem que fazer visita pra evitar que as pessoas fiquem assim”.
(Relato de observação)

Consultas médicas são as únicas atividades que requerem agendamento prévio. Dividem-se em: puericultura, pediatria, hebiatria, ginecologia, obstetrícia e queixas variadas. Não há dias fixos para esses atendimentos, mas são garantidos dois ou três períodos por mês na agenda para cada grupo, ficando os demais períodos para atendimentos de queixas variadas.

Para cada período de quatro horas são agendadas doze consultas. Quatro vagas são deixadas para “encaixe” de usuários não agendados, que são triados na consulta de enfermagem.

As consultas médicas são rápidas, resumindo-se à abordagem da demanda considerada principal pelo médico, anamnese restrita a poucas perguntas, exame físico focalizado e prescrição de medicamentos ou encaminhamentos. Esclarecimentos sobre

diagnóstico são sumários e com uso de linguagem exclusivamente técnica. Observa-se pouca interação e pouca abertura para escuta dos usuários:

(Consulta de adolescente, primeira vez, queixa de corrimento vaginal há mais de ano):

Médico: Tem coceira na vagina, a vagina arde?

Usuária: Às vezes arde; coceira, não.

Médico: Dor?

Usuária: Não.

(Faz exame físico)

Médico: Você vai tomar uns comprimidos, seu namorado também. Vai usar creme ginecológico.

Usuária: U-hum.

(Ensina a posologia. Vários segundos de silêncio enquanto ele escreve e ela fica olhando).

Médico: Aqui tem pra você e pro seu namorado. Quando acabar o tratamento, marca preventivo na recepção.

(Observação da pesquisadora: a usuária não havia relatado parceria fixa)

A coleta de papanicolaou, feita pelas auxiliares de enfermagem, não requer agendamento e é oferecida diariamente. Os requisitos para realização do procedimento são mais rígidos do que os estabelecidos pelo Ministério da Saúde: ausência de menstruação, não utilização de pomadas ginecológicas ou anticoncepcionais locais e abstinência sexual nas 72 horas anteriores, ao invés das 48 oficialmente recomendadas^{xxxii}. Recomenda-se explicitamente que as usuárias tomem banho no dia da coleta.

Todos os grupos realizados no serviço são abertos. As datas não são fixas - são agendadas mês a mês e informadas aos usuários nas visitas domiciliares das ACS e no calendário mensal, afixado no mural da recepção da USF.

O de hipertensão e diabetes é o que acontece mais sistematicamente. Conduzido pela ACS responsável pela microárea, acompanhada de enfermeiro, auxiliar ou médico, restringe-se à aferição da pressão ou da glicemia dos usuários, conferência da receita

médica e entrega dos medicamentos. Algumas orientações são dadas enquanto os atendimentos são feitos, mas parecem ser pouco valorizadas:

(A caminho do espaço onde será realizado o grupo, a ACS pede ao enfermeiro):
“Você segura o povo, senão eles só querem pegar o remédio e ir embora”.

No dia que o grupo foi observado, foram atendidas 51 pessoas em cerca de uma hora. As orientações caracterizaram-se pelo tom prescritivo e, por vezes, ameaçador:

(Durante o grupo, enfermeiro relata que a mãe de uma ex-colega de trabalho faleceu em decorrência de um AVC e diz, em voz alta): “É bom pro nossos pacientes ouvirem, a gente fala da pressão alta, ninguém acredita, fica tudo enchendo a cara de vinho, de mocotó(...) que na casa(...) tinha uma feijoadinha e não resistiu”.

Os demais grupos deveriam, segundo estabelecido pela SMS local, ter periodicidade mensal, mas frequentemente são cancelados. Durante os três meses e meio de campo, ocorreram apenas dois grupos de planejamento familiar e um de papanicolaou, realizados de maneira improvisada na sala de consulta de enfermagem. Não foram realizados grupos de gestantes ou adolescentes, cuja existência fora relatada pela equipe.

Quanto às reuniões de equipe, apenas uma foi realizada no período do estudo.

Atividades de prevenção das DST/aids

A. Atividades integradas a outras previamente existentes na USF

o Orientações nas atividades gerais

Segundo os profissionais entrevistados, as atividades de prevenção das DST/aids consistem em orientações que são realizadas por todos, nas mais diversas atividades, pois estão previstas pela ESF e são abordadas nas capacitações introdutórias das equipes:

“Eu falo sempre sobre preservativo, sobre troca de parceiro, lógico, se a pessoa me dá liberdade. Por exemplo, se tem uma pessoa que eu sei que tem vários parceiros, mas ela não me falou, eu vou falar de uma forma pra não ofender a pessoa, pra que ela não se sinta mal, mas eu vou falar do preservativo (...)”. (ACS)

“Se eu vir que a pessoa tá numa idade que tá praticando sexo, se eu vir qualquer problema, se eu vir essas doenças sexualmente transmissíveis, eu pergunto, ‘Ah, é um problema assim e tal, você já foi em algum lugar? Já passou pelo médico?’, esse tipo de coisa”. (ACS)

Os profissionais não referiram existência de protocolos ou supervisão específica para estas orientações. Exceção foi o médico, que referiu utilizar os protocolos que são apresentados nas capacitações realizadas pela SMS.

- Grupo de planejamento familiar

Dos dois grupos realizados, somente um pôde ser observado. O número de participantes restringiu-se a três mulheres, o que, segundo relatos da equipe, vinha sendo a média habitual.

O enfermeiro, responsável pela condução do grupo, enfatizou o preservativo masculino como o método contraceptivo mais seguro:

“Quando a gente fala de planejamento familiar,(...) o método mais seguro atualmente é a camisinha. Por quê? Porque ela protege contra a gravidez e contra as DST. (...) Vocês sabem que uma das piores doenças que a gente tem hoje é o HIV/aids (...) Tem muitos casos que o rapaz chega lá ‘eu te amo, você é minha flor’, mas não pode confiar. A gente ainda vive numa sociedade que os homens não querem se prevenir (...) por causa do machismo. (...) Tem que se prevenir, porque enquanto vocês ficam o dia inteiro no tanque, no fogão, fazendo comidinha fresquinha pro marido, de repente ele encontra uma cabrita lá fora e você, inocentemente, no ato sexual, pega uma DST”. (Enfermeiro)

Ao final do grupo, verificou-se que as três participantes já haviam optado pela esterilização cirúrgica. Sua participação na atividade se dava por ser este um procedimento necessário para obtenção da autorização da cirurgia.

- Coleta de Papanicolaou:

Observou-se realização de questionamentos em relação à vida sexual das usuárias durante as coletas, seguindo o formulário do programa Viva Mulher³². A auxiliar informou

sobre as sorologias oferecidas na unidade e questionou o uso do preservativo nas relações sexuais:

Auxiliar: O que você usa pra evitar a gravidez?

Usuária: Nada.

Auxiliar: Não tá tendo relação?

(silêncio)

Auxiliar: Quanto tempo tem que você não mantém relação?

Usuária: Uns seis meses.

Auxiliar: E quando tem relação você usa preservativo?

Usuária (concordando): A-hã.

Auxiliar: Nós estamos fazendo alguns exames, são de graça, se você ficar interessada, exame que consta se a mulher tem hepatite B, C, HIV. Não teve aquele programa “fique sabendo”? (...) Que tem muitas pessoas que têm dúvida e têm medo de fazer, né? (...). Eu falo porque quem tiver interessado, às vezes não vê a plaquinha, é só falar com o enfermeiro, tá?

Usuária (concordando): A-hã.

○ Visitas Domiciliares das ACS

Nas visitas realizadas pelas ACS, o tema das DST/aids foi abordado quando se identificaram casos de DST ou situações interpretadas pela agente como “de risco”:

ACS: E a K (enteada da usuária atendida)?

Usuária: Tá dando trabalho. Tá com outro namoradinho agora (...), entra pra casa todo dia 1h30 da manhã. O pai já não sabe mais o que faz. Aquele menino, o V., ele não que nem ver, que diz que foi ele que desvirginou ela, ainda bem que num (faz sinal de barriga de gravidez). Mas o médico já disse que ela não é mais virgem, não.

ACS: É... sem falar que tem também as doenças sexualmente transmissíveis, né?

Usuária: É, né?

ACS: É, muitas vezes as famílias acham que não vai acontecer com elas, aí de repente, aparece uma aids, uma DST.

Usuária: Ai, Deus me livre, é verdade, nem fale!

(...)

ACS: As meninas são terríveis, não se previnem.

Usuária: Deviam ter bastantes palestras pra elas, né?

ACS: Mas a gente faz! Vai na escola, tudo, só que não adianta!

Usuária: Não adianta mesmo, né? Agora num sei o que a gente faz.

o Consultas ginecológicas e de adolescentes:

Essas consultas merecem destaque porque, embora tenham sido comuns as queixas de DST, não foi observada a realização de quaisquer orientações sobre uso de preservativos ou qualquer outra forma de prevenção das DST/aids nesses atendimentos. Para mulheres com este tipo de queixa observou-se, inclusive, prescrição de outros métodos contraceptivos, especialmente os hormonais:

(Consulta de usuária com condiloma recorrente. Após exame ginecológico, médico comenta com pesquisadora enquanto a usuária se veste no banheiro):

Médico: Doença sexualmente transmissível, vou te contar. Essa é portadora de um HPV, o marido já tem há um tempão. Promiscuidade, viu!

(Quando a usuária volta, solicita ao médico):

Usuária: O senhor pode colocar o anticoncepcional aí na receita, que o meu acabou?

Médico: Qual você toma?

Usuária: Microvilar.

(Médico redige receita de anticoncepcional e pomada. Orienta a não ter relações durante o tratamento da DST).

Foram recorrentes também recomendações para que mulheres com DST “convencessem” seus parceiros a se tratarem, mesmo sabendo o médico da dificuldade que isso representaria para as usuárias:

Médico, redigindo a receita: Seu namorado, sem choro nem vela, vai ter que tomar remédio também. Eu digo isso porque homem é mais resistente, diz que o problema é com você.

Usuária: Pode deixar.

(silêncio)

Médico: Qual o nome do seu noivo?

(Faz uma receita para ambos, explica posologia).

Médico: E pra que não haja recorrência, seu noivo tem que tomar, senão você toma, melhora, aí o que acontece? Na primeira relação, volta tudo.

B. Atividades Específicas de Prevenção das DST/aids

o Sorologias para HIV, sífilis e hepatites B e C

As sorologias foram implantadas em junho de 2005 na USF e estão disponíveis a todos os usuários, inclusive àqueles não cadastrados. A procura pelo procedimento é pequena: embora os profissionais relatem crescimento da demanda, os mapas de produtividade consultados atestavam a realização de apenas quatorze testes em três meses.

O enfermeiro é o responsável exclusivo pela atividade e relata ter recebido supervisões específicas da CM DST/Aids, nas quais pôde dirimir dúvidas.

O aconselhamento pré-teste consiste no preenchimento de formulário fornecido pela CM DST/Aids, versão simplificada do utilizado nos Centros de Testagem e Aconselhamento, com questões sobre parcerias sexuais, uso de preservativos e uso de drogas. É preenchido e enviado para a CM DST/Aids.

Para gestantes, segundo o enfermeiro, não é realizado aconselhamento. Pôde-se observar a entrega do resultado do exame anti-HIV feita pelo médico durante a consulta de pré-natal, juntamente com os demais exames solicitados. Os resultados foram informados sem que se explicitassem seu significado ou que fossem realizadas quaisquer orientações preventivas.

A USF já diagnosticou casos de hepatites B e C. Nunca diagnosticou um caso de HIV, mas, caso isso aconteça, o procedimento para entrega do resultado do exame é o encaminhamento do usuário para a referência:

“Eu não dou esse resultado na mão do paciente, porque eu não sei se ele pode se jogar na frente dum carro aqui na frente. Eu falo para ele ‘vai buscar seu resultado que está pronto’ e lá (na referência) tem controle, tem psicólogos que podem dar suporte”.
(Enfermeiro)

○ Dispensação de preservativos masculinos

Os preservativos masculinos estão disponíveis na farmácia. A unidade já teve preservativos femininos, mas deixou de tê-los porque não havia procura e a validade de vários deles expirou.

Para acessar os preservativos os usuários devem cadastrar-se e receber um cartão específico, cujo objetivo é controlar a quantidade retirada mensalmente. São ofertados doze preservativos por mês para cada usuário e noventa por mês para profissionais do sexo (os quais a equipe relata não ter entre a clientela da USF). Usuários não cadastrados podem retirar quantidades menores.

Não foi observada entrega destes insumos em nenhum atendimento (individual ou grupal) da USF. Os profissionais relatam haver pouca demanda pelo insumo:

“(Os usuários procuram) muito pouco, nós temos preservativo sobrando e aqui não tem esse negócio de só dar para cadastrado. Aqui chegou, pode ser adolescente, mesmo não cadastrado, ele leva se quiser”. (Auxiliar 1)

“Eu acho que (procuram) pouco, pelo número de pacientes que a gente tem. Tem gente que pega num mês, depois volta duas ou três vezes, mas também tem parceiro que não gosta. A gente ouviu relatos das pacientes (...) ‘Ah, meu parceiro não gosta’”. (Auxiliar 2)

Discussão

A AB, especialmente a ESF, tem sido objeto de muitos estudos avaliativos que abordam várias de suas dimensões^{xxxiii,xxxiv}. Aqueles que se debruçam sobre o plano operativo do trabalho nas unidades apontam questões semelhantes às aqui encontradas: insuficiência dos recursos humanos^{xxxv}; insipiência tecnológica e burocratização do trabalho dos profissionais^{xxxvi}; dificuldades na articulação técnica do trabalho^{xxxvii}; determinação da tradicional oferta de serviços sobre a demanda^{xxxviii}; baixa priorização de atividades preventivas^{xxxix}; e dificuldades na abordagem e resolução de problemas de saúde associados a “temas tabus”, como a sexualidade²⁹.

Nos achados desse estudo foi possível distinguir dois tipos de tensionamento no processo de implantação das ações de prevenção das DST/aids nos serviços de AB. O

primeiro, relatado em outros estudos sobre a SF³⁸, refere-se ao desafio da superação da fragmentação em prol da integralidade das práticas de saúde. Esta é uma dimensão já expressa em discussões sobre modelos tecnológicos de organização da AB, como as ações programáticas²⁰ e a vigilância em saúde¹⁷, que a SF vem recrudescer no plano das práticas. Embora longe de superar esse desafio, o modelo confronta os serviços de saúde com necessidades da comunidade que requerem uma atuação que transcenda a abordagem estritamente biomédica. No entanto, faltam aos serviços, além de questões estruturais básicas, como profissionais em quantidade suficiente e espaços físicos adequados, dispositivos tecnológicos específicos, isto é, instrumentos e saberes que lhes permitam operacionalizar a atenção integral.

O segundo tensionamento é entre valores éticos que orientam as atividades de prevenção das DST/aids no Brasil e valores normativos verificados nas práticas da USF. A pouca definição tecnológica, no campo programático, sobre como as atividades de prevenção das DST/aids devem ser implantadas favorece abordagens pautadas por conhecimentos não técnicos, com base no senso comum, freqüentemente orientadas pela moral e pelas características individuais de cada profissional.

Observam-se concepções de prevenção semelhantes nos discursos e práticas dos diferentes profissionais: todos consideram a prevenção o componente central do trabalho e relatam as orientações como parte importante dos atendimentos. Alguns se mostram mais empenhados em efetivar esta concepção, caso das auxiliares nas coletas, das ACS nas visitas e do enfermeiro nos grupos; as consultas médicas são os momentos em que se verifica menor empenho neste sentido.

As atividades de educação em saúde, como grupos de planejamento familiar e de hipertensão e diabetes, representam mais alternativas para atendimento em massa dos usuários do que espaços de diálogo e interação. Refletindo sua baixa priorização, ocorrem esporadicamente e com freqüentes cancelamentos.

Abordagens preventivas realizadas nos atendimentos primam exclusivamente pela prescrição de condutas, recorrendo, inclusive, a ameaças como forma de “convencimento”. Abre-se pouco espaço para discussão de dificuldades de ordem subjetiva ou social que possam estar atreladas ao cumprimento de tais condutas.

Nos atendimentos essencialmente preventivos, como coletas de citologia e grupo de planejamento familiar, a abordagem do uso do preservativo e do risco de infecção por DST é genérica e normativa. As usuárias raramente têm oportunidade de falar sobre suas vivências e, quando o fazem, as informações por elas prestadas não se refletem na discussão de recomendações específicas, adequadas às suas necessidades singulares.

A abordagem das DST é exemplar da fragmentação das atividades curativas e preventivas. O tratamento, procurado quase exclusivamente por mulheres, é tecnicamente simplificado, resumido à prescrição medicamentosa e ao diálogo restrito e pouco claro sobre o diagnóstico. Não são discutidos modos de transmissão nem métodos de prevenção. Inexistem mecanismos para comunicação e tratamento de parceiros, sendo essa responsabilidade transferida às mulheres.

Tem-se, em síntese, a persistência de um arranjo tecnológico centrado na assistência médica individual, na abordagem exclusiva da dimensão biológica do adoecimento e na execução de práticas curativas e prescritivas que obstaculiza a incorporação de atividades preventivas em geral. No caso das DST/aids, esse arranjo, somado à já bastante estudada dificuldade dos profissionais de saúde em discutir claramente a vivência da sexualidade e, mais ainda, as questões de gênero nela implicadas, conflita com os referenciais ético-normativos que têm fundamentado a proposição destas atividades pelo Programa Nacional de DST e Aids.

Avanços importantes merecem menção: a disponibilização de sorologias para HIV, hepatites B e C e sífilis e de preservativos masculinos para população geral. Entretanto, também se observa nestas atividades um esvaziamento de sua finalidade preventiva. Como verificado em outros estudos¹³, o aconselhamento, ação central para a prevenção no Programa de Aids, reduz-se ao preenchimento de um formulário e à prescrição de condutas.

Importante destacar também que desde o início deste século a rede básica vem desempenhando importante papel na redução da transmissão vertical do HIV no Brasil, por meio da expressiva ampliação da testagem para o HIV de gestantes no pré-natal^{xl}. Acertadamente, o PN DST/Aids tem buscado ampliar este papel.

Achados como a importância dada pelos profissionais - ainda que no plano discursivo - à acessibilidade dos insumos de prevenção ou ao respeito aos limites postos pelos usuários na abordagem das questões referentes à sexualidade, permitem-nos

considerar que o tensionamento provocado pela implantação de atividades de prevenção das DST/aids pode, ainda que não alcance sua efetividade potencial máxima, representar um avanço na direção da integralidade. Mais do que uma demanda adicional às já sobrecarregadas USF, estas atividades, ao proporcionarem a “invasão” do cotidiano da AB por questões complexas, como a sexualidade, e por novos valores, como o sigilo, tensionam o modelo predominante. Podem, assim, provocar produtivos questionamentos aos serviços acerca de suas insuficiências em objetivar as proposições ético-normativas do modelo que os orienta e contribuir para a concretização de novos e melhores arranjos tecnológicos. O investimento na implantação e na maior definição tecnológica das ações no campo programático pode representar o diferencial necessário para que esta potencialidade se efetive.

Colaboradores

As autoras participaram das etapas de concepção, análise, redação e revisão final do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos a todas as participantes e orientadoras do XII Programa de Introdução à Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, a partir do qual este estudo foi desenvolvido; a César Inoue, pela colaboração no trabalho de campo e organização dos dados para análise; a Dr^a. Regina Maria Barbosa, pelas contribuições à elaboração e desenho do estudo; e a Prof^a. Dr^a. Lilia Blima Schraiber, pelas colaborações ao desenho do estudo e à elaboração do plano de análise.

Referências Bibliográficas

ⁱ Ministério da Saúde. Plano Estratégico do Programa Nacional de DST/Aids – 2005. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_estrategico.pdf (acessado em 24/Out/2006)

ⁱⁱMinistério da Saúde. Plano Estratégico 2004-2007. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_estrategico_dstaids.pdf (acessado em 02/Nov/2005)

ⁱⁱⁱParker, R. Estado e sociedade em redes: descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção das DST/Aids. (mimeo)

^{iv}Diniz SG, Villela WV. Interfaces entre os programas de Aids e saúde reprodutiva: o caso brasileiro. In: Parker R, Galvão J, Bessa MS, orgs. Saúde, desenvolvimento e política. Respostas frente à Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Editora 34: ABIA; 1999: 177-224.

-
- ^vUnited Nations. Report of the International Conference on Population and Development. New York: United Nations; 1995.
- ^{vi} UNAIDS/WHO. Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Health Facilities. Geneva: UNAIDS/WHO; 2007.
- ^{vii} Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica 18: HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- ^{viii} Portaria nº 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 28 mar.
- ^{ix} Lush L. Service integration: An overview of policy developments. *International Family Planning Perspectives* 2002; 28, nº 2:71-75.
- ^x Germain A, Kidwell J. The Unfinished agenda for Reproductive Health: priorities for the next 10 years. *International Family Planning Perspectives* 2005; 31, nº 2:90-93.
- ^{xi} Askew I, Berer M. The contribution of sexual and reproductive health services to the fight against HIV/Aids: a review. *Reproductive Health Matters* 2003; 11(22):51-73.
- ^{xii} Caldwell JC, Caldwell P. Is integration the answer for Africa? *International Family Planning Perspectives* 2002; 28(2):108-110.
- ^{xiii} Feliciano KVO, Kovacs MH. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil* 2003; 3 (4): 393-400.
- ^{xiv} Richey LA. HIV/AIDS in the Shadows of Reproductive Health Interventions. *Reproductive Health Matters* 2003; 11 (22):30-35.
- ^{xv} Vermelho LL, Barbosa RHS, Nogueira SA. Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. *Cad. de Saúde Pública* 1999; 15(2):369-379.
- ^{xvi} Madge S, Olaitan A, Mocroft A, Phillips A, Johnson M. Access to medical care one year prior to diagnosis in 100 HIV-positive women. *Family Practice* 1995; 14(3):255-257.
- ^{xvii} Paim J. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ & Almeida Filho N. *Epidemiologia e Saúde*. 5ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999:455-466.
- ^{xviii} 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 á saúde*. Rio de Janeiro: CPESC/UERJ IMS: ABRASCO; 2001: 39-64.
- ^{xix} Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.
- ^{xx} Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2000:48-65
- ^{xxi} Nemes MIB. Avaliação do Trabalho Programático na Atenção Primária à Saúde. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;1995.
- ^{xxii} Castanheira ERL. Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/aids em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho.[Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.
- ^{xxiii} Britto e Alves MTS. Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV e aids no Sistema Único de Saúde: a situação no Maranhão. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.

-
- ^{xxiv} Schraiber LB. Prefácio. In: Hartz ZMA, org. Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO; 1997: 9-15.
- ^{xxv} Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
- ^{xxvi} Nemes MIB. Avaliação em Saúde: questões para os programas de DST/Aids no Brasil. Série Fundamentos de Avaliação (1). Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ; 2001.
- ^{xxvii} Minayo CMS. O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8ª edição. Hucitec: SP; 2004.
- ^{xxviii} Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. A Avaliação na Prática Programática. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do Adulto. São Paulo: Hucitec; 2000: 173-193.
- ^{xxix} Schraiber LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela WV, Monteiro S, organizadoras. Gênero e Saúde. Programa de Saúde da Família em Questão. Rio de Janeiro: ABRASCO: UNFPA; 2005: 39-61.
- ^{xxx} Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cad. Saúde Pública 1997; 13(1):103-107.
- ^{xxxi} Ministério da Saúde. Resolução N° 196 de 10 de Outubro de 1996.
<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol196/RES19696.htm> (acessado em 20/Mar/006).
- ^{xxxii} Ministério da Saúde. INCA. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher.
http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140 (acessado em 03/Nov/2006)
- ^{xxxiii} Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. Ciênc. saúde coletiva 2006; 11(3): 643-655
- ^{xxxiv} Viana ALD', Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes, MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. Ciênc. saúde coletiva 2006; 11(3): 577-606.
- ^{xxxv} Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad Saúde Pública 2002; 18(Suppl):191-202.
- ^{xxxvi} Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. Ciênc. saúde coletiva 2005;10(2):333-345.
- ^{xxxvii} Silva IZQJ, Trad, LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface (Botucatu) 2005; 9(16):25-38.
- ^{xxxviii} Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciênc. saúde coletiva 2005;10(1):105-109.
- ^{xxxix} Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM de, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica 2007; 21(2): 164-176.
- ^{xl} Berquó, E. Considerações sobre Comportamento Sexual da População Brasileira - Mudanças Recentes. Relatório de pesquisa apresentado ao Programa Nacional de DST/Aids em 27/09/2006.