

As Redes de Atenção à Saúde e a integralidade no cuidado das pessoas vivendo com HIV e Aids

Rosana dos Santos*
Maíra Rosa Apostólico**

929



As Redes de Atenção à Saúde e a integralidade ...
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2019;43(4): 916-942

Resumo

O panorama de cronicidade da Aids permite um manejo de pacientes estáveis, com uso de antirretrovirais. Com isso, alguns municípios brasileiros iniciaram o processo de descentralização do cuidado para a Atenção Primária à Saúde. A clareza sobre a distribuição dos equipamentos de saúde de um território é essencial para identificar a possibilidade do trabalho descentralizado. Objetivou-se caracterizar a distribuição espacial das instituições municipais da Atenção Primária à Saúde e outras, do município de São Paulo, potenciais para o atendimento das pessoas que vivem com HIV. Foi realizado estudo exploratório, a partir de técnica de geoprocessamento com a ferramenta on line a dados de fontes secundárias. As regiões Sul e Sudeste são as mais populosas e também registram o maior número de diagnósticos e de equipamentos de saúde, dentre os 817 serviços mapeados no município. Observou-se que áreas periféricas não contam com serviços especializados. A região Centro tem a melhor proporção entre população e unidades básicas, seguida pela Oeste, Sudeste, Norte, Leste e Sul. Em relação à proporção entre pessoas com HIV e Unidades Básicas, a mesma classificação se repete, apesar da discrepância da região centro para as demais. Conclui-se que a distribuição espacial das instituições municipais de saúde pode ser considerada potencial para o início de um processo de descentralização, embora apresente regiões com menor cobertura em saúde. No entanto, há que se investir na qualificação profissional e reestruturação física.

Palavras-chave: Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Rede de Cuidados Continuados de Saúde, HIV, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Humana (Aids) é possível identificar diferentes níveis de complexidade no cuidado à saúde das pessoas que vivem com HIV (PVHIV).

A Atenção às PVHIV no Brasil é estrategicamente planejada e acompanhada pelo MS, a partir das ações do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais. Dentre muitas diretrizes, o cuidado das PVHIV na APS e nos demais pontos das RAS vem sendo considerado como estratégia de descentralização de ações e conseqüente aumento da cobertura e acesso dos usuários do SUS à prevenção e tratamento das infecções por HIV/aids¹.

Dados epidemiológicos nacionais apontam que em toda a história da epidemia de Aids até o ano de 2017 foram diagnosticados 882.810 casos, dos quais 576.245 (65%) foram em pessoas do sexo masculino, 212.446 (24%) na população branca e 154.638 (17,5%) na população parda. Para os registros cuja escolaridade está mencionada, mais da metade dos casos corresponde a pessoas que não estudaram ou que não concluíram o ensino fundamental e médio. Segundo a categoria de exposição, em 154.505 (17,5%) dos casos a contaminação ocorreu por relação heterossexual e em 149.283 (16,9%) foi por relação homossexual. Os usuários de drogas injetáveis somaram 59.141 (6,6%) registros ao longo dos anos².

DOI: 10.15343/0104-7809.20194304916942

*Universidade Cidade de São Paulo -UNICID . São Paulo, SP, Brasil

**Universidade UNG Guarulhos. Guarulhos, SP, Brasil.

E-mail: maira.apostolico@gmail.com





Diante do atual panorama de cronicidade da doença, observa-se o manejo de pacientes estáveis em uso de terapia Antirretroviral (ARV), com esquemas de tratamento simplificado. Esta realidade e a perspectiva de equidade permitiram que alguns municípios brasileiros dessem início ao processo de descentralização do cuidado dos serviços e ambulatórios especializados, para a Atenção Primária a Saúde (APS). Trata-se de uma proposta de gestão compartilhada entre a rede primária, representada pela Unidade Básica de Saúde (UBS), e a rede secundária, representada pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE)³.

A possível descentralização de cuidados em saúde acarreta ao profissional da APS a responsabilidade em reconhecer outras necessidades em saúde e satisfazê-las, com objetivo de fortalecer os perfis epidemiológicos da área de atuação⁴. O panorama da Aids se modificou com o passar dos anos, e em vista de inúmeros aspectos, o cuidado em saúde e em enfermagem deve acompanhar tais transformações.

Na perspectiva da assistência descentralizada às PVHIV na APS, os serviços devem obedecer a critérios previamente estabelecidos. Pacientes assintomáticos, estáveis e com indicação de uso de primeira linha de tratamento deveriam ser atendidos na UBS, enquanto aqueles sintomáticos, coinfectados, gestantes e crianças, por envolver maior complexidade no manejo, devem ser direcionados aos Serviços de Atenção Especializada (SAE)³.

Como forma de identificar e satisfazer as necessidades em saúde dos indivíduos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), foi proposta em 2010, a Rede de Atenção à Saúde (RAS). As RAS propõem que as relações sejam horizontais, buscando corrigir a fragmentação clínica e contextual. O objetivo das RAS é prestar uma atenção integral, de qualidade, resolutiva, de forma regionalizada, com integração entre os diversos pontos de atenção que, de fato, atendam às necessidades da população adstrita⁵.

Ressalte-se que princípios da APS, tais como acesso, longitudinalidade, coordenação do

cuidado e integralidade possibilitam o melhor reconhecimento das reais necessidades da população, podendo assim disponibilizar recursos de forma mais adequada⁶⁻⁷.

No âmbito da APS e na perspectiva das RAS, a integralidade do cuidado e as necessidades em saúde devem extrapolar o cunho biológico e clínico, de modo a articular as necessidades em saúde individuais e da família com as necessidades sociais. Isso inclui direitos e cidadania, garantidos não apenas pelos serviços de saúde, mas sobretudo no espaço intersetorial, valorizando as relações interpessoais e explicitando a participação social⁴.

A integralidade surgiu em contraposição ao processo de intensa especialização da prática médica e passou a ser contemplada por duas perspectivas complementares. No primeiro plano, contempla a perspectiva de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, em todos os níveis de atenção do sistema. No segundo plano e complementar ao primeiro, incorpora a forma de atuação profissional sobre as dimensões biológicas, psíquicas e sociais dos indivíduos, famílias e comunidades, garantindo a continuidade do cuidado nos distintos níveis de complexidade, como consequência da articulação de um conjunto de políticas públicas⁸.

A efetivação da integralidade no cuidado às PVHIV ainda é um desafio. Envolve, tanto as características do serviço e das práticas em saúde, quanto a efetividade do acesso, da justiça e da democracia. Estes, se operam por meio de diferentes tecnologias que expandem a compreensão da temática HIV/Aids para a perspectiva programática e para além das ações técnicas e procedimentais dos profissionais de saúde⁹. Assim, compreende-se que a proximidade dos serviços de saúde e o conhecimento acerca do território onde vivem e trabalham as PVHIV favorece um cuidado em saúde ampliado e integral.

Para além do espaço geográfico, o território é um espaço vivo de relações, uma construção social, compreendida a partir do sistema de objetos, ações e pela dialética do próprio espaço.



Um espaço torna-se um território quando está em constante processo de construção e mudanças, na relação entre a materialidade das coisas e a vida. Ao orientar estudos sobre a distribuição de doenças resultantes dessa interação, o conceito considera que as condições de vida e trabalho de uma sociedade relacionam-se com o processo saúde-doença¹⁰.

O objeto deste estudo é a possibilidade de os equipamentos municipais de saúde trabalharem a assistência integral às PVHIV. A atenção integral é compreendida desde as ações de prevenção e monitoramento dos casos diagnosticados, evitando-se novos casos e o agravamento da doença, com consequente incapacidade e óbito. Além disso, o cuidado amplo deve favorecer condições de viver e trabalhar suficientes à manutenção da vida da PVHIV e daqueles que convivem ou coabitam com ela. Diante do exposto, o presente estudo questiona como os equipamentos municipais de saúde estão dispostos em um determinado território e como podem, no arranjo identificado, corresponder ao conceito de RAS e ao princípio da integralidade para atenção à saúde das PVHIV?

É cada vez mais importante que os profissionais desenvolvam saberes e instrumentos para embasar suas práticas, sobretudo aquelas que surgem das modificações dos perfis epidemiológicos da população. A relevância do estudo está na crescente demanda dos serviços de saúde da APS para lidar com agravos diversos, incluindo infecções por HIV/aids. O cotidiano das ações em saúde deve estar instrumentalizado para identificar vulnerabilidades, satisfazer necessidades em saúde e adotar estratégias que fortaleçam os grupos sociais e os indivíduos. Dessa forma, a finalidade deste estudo é estabelecer um diagnóstico situacional e subsidiar iniciativas de atenção às PVHIV, tais como a construção e aprimoramento de linhas de cuidado e outras estratégias.

O objetivo proposto foi caracterizar a distribuição espacial das instituições municipais de saúde da APS e outras potenciais para o atendimento das PVHIV.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório sobre a distribuição espacial das instituições de saúde que compõem a RAS e sua possibilidade de intervir nas necessidades de saúde de PVHIV, na perspectiva da integralidade.

Cenário

O cenário do estudo foi o município de São Paulo em toda a sua abrangência, seguindo informações que caracterizam as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

Coleta de dados

Os dados foram coletados nas fontes de acesso público: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Ministério da Saúde (MS), Secretarias de Saúde do Estado (SES) e Município de São Paulo (SMS). As instituições foram descritas com base no documento Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal de Saúde.¹¹ Foram incluídos os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), em vista da importância do envolvimento destes com a assistência de populações vulneráveis.

Os dados foram organizados em planilha do MS Excel e a coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2018.

Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizada técnica de georreferenciamento por meio da ferramenta Batchgeo, gratuita e de livre acesso através do sítio <https://pt.batchgeo.com>, para caracterizar a distribuição das instituições no município.

Os cinco tópicos preconizados pelo MS para elaboração da linha de cuidado para PVHIV1 foram a base para a organização das informações, análise e discussão dos resultados.

Segundo o MS, o cuidado das PVHIV na Atenção Básica deve considerar: a) elaboração



de um modelo de estratificação de risco para o cuidado dos pacientes assintomáticos; b) qualificação dos profissionais, contemplando diferentes modelos de educação permanente e troca com profissionais experientes; c) oferta de suporte técnico aos profissionais, articulação interinstitucional e matriciamento; d) oportunidade de realização de exames CD4 e Carga Viral; e) acesso aos ARV. Os dois últimos tópicos devem contemplar os aspectos relacionados ao sigilo das

informações, a existência prévia desses locais nas UBS ou criação de novos, desde que o dimensionamento das regiões seja realizado, de forma a otimizar recursos e não criar unidades que ficarão ociosas¹.

Aspectos éticos

Tratando-se de pesquisa que não envolve humanos e por serem as fontes de dados de acesso público, não houve necessidade de aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

A região brasileira com mais casos de Aids registrados é a Região Sudeste, com 461.988 (52,3%) registros, dos quais mais da metade (265.689; 57,5%) são do Estado de São Paulo. Em seguida, a Região Sul com 177.327 (20%) e Região Nordeste com 136.290 (15,4%). O Município de São Paulo, segundo dados do MS, somou até 2017 103.085 casos. Há uma divergência em relação ao número apresentado pela SMS, provavelmente em decorrência da fonte de coleta dos dados. Para a análise dos dados do município, este estudo utilizou os valores apontados pela SMS².

O município de São Paulo ocupa o primeiro

lugar no ranking nacional, estadual e regional, em relação à população geral. Dados do censo de 2010 contaram 11.253.503 pessoas e o município apresenta também a maior densidade demográfica (7.398,26 hab/Km²) do país¹².

Está dividido em 96 bairros, organizados em 26 Supervisões Técnicas de Saúde (STS) e distribuídas em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS)¹¹.

A Coordenadoria Regional mais populosa é a Sudeste, seguida da Sul, Leste, Norte, Oeste e Centro¹³. A população do município, distribuída nas CRS e STS está descrita na tabela 1.

Tabela 1 - População residente no município de São Paulo por Coordenadoria Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde. São Paulo, 2018.

Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)	Supervisão Técnica de Saúde (STS)	População (%)
Centro	Santa Cecilia; Sé	431.106 (3,8%)
Leste	Cidade Tiradentes; Ermelino Matarazzo; Guaianases; Itaim Paulista; Itaquera; São Mateus; São Miguel	2.380.783 (21,2%)
Norte	Casa Verde / Cachoeirinha; Freguesia / Brasilândia; Perus; Pirituba; Santana / Jaçanã; Vila Maria / Vila Guilherme;	2.214.654 (19,7%)
Oeste	Butantã; Lapa / Pinheiros	1.023.486 (9,1%)
Sudeste	Ipiranga; Mooca / Aricanduva; Penha; Vila Mariana / Jabaquara; Vila Prudente / Sapopemba;	2.649.670 (23,5%)
Sul	Campo Limpo; Capela Do Socorro; M boi Mirim; Parelheiros; Santo Amaro / Cidade Ademar	2.553.804 (22,7%)
		11.253.503 (100%)

Fonte: Censo demográfico (IBGE), 2000 e 2010; TABNET disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/POPIDADE/popidade.def>



O município de São Paulo é majoritariamente urbano, com pequena presença (28.362; 0,8% do total) de domicílios rurais nas CRS Sul, Leste, Norte e Sudeste. Quase a totalidade dos domicílios tem acesso a abastecimento de água, coleta de lixo, energia elétrica e o esgotamento é maior que 83% nas CRS. Há predomínio de casas em todas as regiões, exceto na CRS Centro-Oeste, onde moradia em apartamentos está acima de 60% dos domicílios e a concentração de casas de cômodos ou cortiços representa 2,0% dos domicílios, maior indicador da cidade, seguida da CRS Sul, com 1,3% deste tipo de moradia. As maiores razões entre moradores por domicílios estão na CRS Leste (3,42), CRS Sul e Norte (3,29), seguidas por CRS Sudeste (3,0) e CRS Centro-Oeste (2,63). A razão do município é de 3,14¹³.

Quanto ao acesso a bens e consumo, a CRS Centro-Oeste apresenta os melhores resultados para proporção de domicílios com bens duráveis, como máquina de lavar (87,8%), computador (76,9%) e automóvel para uso particular (65,3%). Para estes bens, a CRS Leste apresenta os piores resultados, chegando a 43,4% de domicílios com automóvel e 43,4% com computador. A CRS Sul apresentou maior percentual de domicílios (10,5%) com motocicletas de uso particular¹³.

O município de São Paulo apresenta indicadores de escolaridade desiguais entre as CRS. Para o ensino superior completo, pessoas com 25 anos e mais somam 46,4% na CRS Centro-Oeste e 8,0% na CRS Leste. A proporção do município é de 22,2%. Para o nível médio completo, pessoas com 18 anos ou mais das CRS mantém uma proporção equivalente à do município (31,0%), variando de 29,0% na CRS Centro-Oeste a 32,8% na CRS Norte. O analfabetismo entre idosos destaca-se na CRS Leste (15,5%) e Sul (14,8%)¹³.

A renda média mensal é de 4,4 salários mínimos para os trabalhadores formais, considerada a melhor média do país, estado e região metropolitana. O PIB per capita é o melhor do país, representado pela cifra de R\$54.357,81; quase metade da população

está ocupada e cerca de 31% da população tem rendimento mensal per capita de até ½ salário mínimo, explicitando a desigualdade econômica do município¹⁵, ratificada em 2010 pelo Índice de Gini do município de 0,6453¹². Quanto ao tempo de deslocamento para o trabalho principal, 35,1% das pessoas ocupadas na CRS Leste levam entre uma e duas horas, seguidas por 30,9% das pessoas da CRS Sul. Para os moradores da CRS Centro-Oeste, 85,2% levam de cinco minutos a uma hora para chegar ao trabalho¹³.

O maior percentual de beneficiários de programas de redistribuição de renda está na CRS Leste e Sul. Estas apresentam também os menores percentuais de aposentados e pensionistas (11,1% e 10,7% respectivamente), sendo as únicas CRS com indicador abaixo do municipal (13,7%)¹³.

Embora destaque-se positivamente em muitos aspectos, os dados de morbidade e mortalidade apresentam disparidades em relação ao cenário econômico. A mortalidade infantil ainda é representada por dois dígitos: 11,12 óbitos por mil nascidos vivos, que corresponde à posição 2.986 no ranking nacional. Ainda que 50,3% das vias públicas sejam urbanizadas e 92% dos domicílios disponham de sistema de esgotamento, ainda persistem 0,3 internações por diarreia para cada mil habitantes, conferindo a posição 3.907 entre os municípios brasileiros para este indicador¹².

Dados epidemiológicos mostram que entre 1980 e meados de 2016 foram notificados 90.618 casos de Aids no município, dos quais 41.950 (46,3%) evoluíram para óbito por Aids e 2.983 (3,3%) por outras causas ou causas ignoradas. Até 2016, 45.685 (50,4%) pessoas notificadas viviam com Aids em São Paulo. No mesmo período (1980-2016), 66.095 (72,9%) das notificações foram para pessoas do sexo masculino e 24.523 (27,1%) feminino. Em relação à transmissão, 18.309 (20,2%) notificações ignoram a via de exposição, seguidos das transmissões por exposição sexual entre heterossexuais (33.146; 36,6%), homossexuais (11.138; 12,3%), usuários



de drogas injetáveis (13.206; 14,6%) e exposição sexual entre bissexuais (6.181; 6,8%). Aproximadamente 1.000 (1,1%) casos notificados tiveram como via de transmissão a transfusão de sangue ou transmissão vertical. A faixa etária mais acometida no período foi de 30 a 34 anos de idade no momento do diagnóstico, somando 21,4% das notificações. O grupo populacional de 25 a 39 anos somou 52.044 (57,4%) notificações no período¹⁴.

A situação epidemiológica de 2016 mostrava que a CRS Sudeste apresentava o maior número de PVHIV com 13 anos ou mais (10.289; 22,5%), seguida da CRS Norte (9.107; 19,9%), CRS Leste (7.374; 16,1%), CRS Sul (6.915; 15,1%), CRS Centro (5.897; 12,9%) e por fim, CRS Oeste (3.678; 8,1%). Cerca

de 5% das notificações tiveram o endereço ignorado¹⁴.

No documento intitulado Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal de Saúde, baseado nos dados do MS, atualizado em maio de 2018 e disponibilizado pela SMS no website da Prefeitura, constam 817 serviços¹¹. Observa-se que a Coordenadoria que concentra o maior número de equipamentos é a Leste e o equipamento mais presente no município é a Unidade Básica de Saúde. Para este estudo foram acrescentadas informações referentes aos CRAS e CREAS, por considerar a relevância desses serviços no atendimento às PVHIV. A distribuição das instituições está apresentada na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos serviços municipais de saúde e assistência social, segundo tipo e Coordenadoria Regional de Saúde. São Paulo, 2018.

Coordenadoria Regional de Saúde	CENTRO	LESTE	NORTE	OESTE	SUDESTE	SUL	Total
Tipo de Instituição							
AE					2		2
AMA	3	4	5	2	8	7	29
AMA ESP	1	2	1		2	2	8
AMA/UBS INTEGRADA		25	22	6	22	16	91
AMB ESP		2	4		2	3	11
APNC	1	4			1		6
ASSR		1					1
CAPS AD	2	6	4	2	7	4	25
CAPS Adulto	1	7	6	4	6	7	31
CAPS IJ	1	6	5	2	7	6	27
CCZ			1				1
CD					1	1	2
CECCO		5	7	2	5	5	24
CEO	1	7	6	2	8	7	31
CER	1	5	4	2	6	5	23
COE					1		1
CP					1		1
CR DST/Aids			1		1		2
CRST	1	1	1	1	1	1	6
CTA DST/Aids	1	5	1		1	2	10

continua...

...continuação tabela 2

Coordenadoria Regional de Saúde	CENTRO	LESTE	NORTE	OESTE	SUDESTE	SUL	Total
HD		3	2	1	4	5	15
HE					1		1
HM	2	4	4	2	6	3	21
LAB		1	3	1	2	1	8
NIR		1					1
NIR/AMA/UBS					1		1
NIR/AMB ESP			1			1	2
NIR/UBS		2	3		1	1	7
NISA/AMB ESP			1		1	1	3
NISA/UBS		2	1				3
PA		3				1	4
PES				1			1
PSM	1	1	4	2	1	2	11
SAE DST/Aids	1	2	1	2	4	3	13
UBS	8	90	70	24	72	108	372
UDI	1						1
UOM	1		1		1		3
UPA		1			2	5	8
URSI	1	2	2		2	3	10
CRAS	1	12	15	3	9	14	54
CREAS	1	7	7	2	8	5	30
Total Geral	30	211	183	61	197	219	901

Legenda: AMB ESPEC: Ambulatório de Especialidades; AMA: Assistência Médica Ambulatorial; AMA ESP: Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades; APNC: Atendimento em Práticas Naturais e Complementares; ASSR: Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva; CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas; CAPS Adulto: Centro de Atenção Psicossocial Adulto; CAPS IJ: Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil; CECCO: Centro de Convivência e Cooperativa; CEO: Centro de Especialidades Odontológicas; CER: Centro Especializado em Reabilitação; CP: Casa de Parto; CR DST/Aids: Centro de Referência em DST/Aids; CRST: Centro de Referência Saúde do Trabalhador; CTA DST/Aids: Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids; HD: Hospital Dia; HE: Hospital Estadual; HM: Hospital Municipal; LAB: Laboratório; NIR: Núcleo Integrado de Reabilitação; NISA: Núcleo Integrado de Saúde Auditiva; PA: Pronto Atendimento; PES: Ponto de Economia Solidária; PSM: Pronto Socorro Municipal; SAE DST/Aids: Serviço de Atendimento Especializado em DST/Aids; UBS: Unidade Básica de Saúde; UOM: Unidade Odontológica Móvel; UDI: Unidade de Diagnóstico por Imagem; UPA: Unidade de Pronto Atendimento; URSI: Unidade de Referência à Saúde do Idoso;

Fonte: Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e página da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do município, disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/secretaria/secretaria/index.php?p=1856

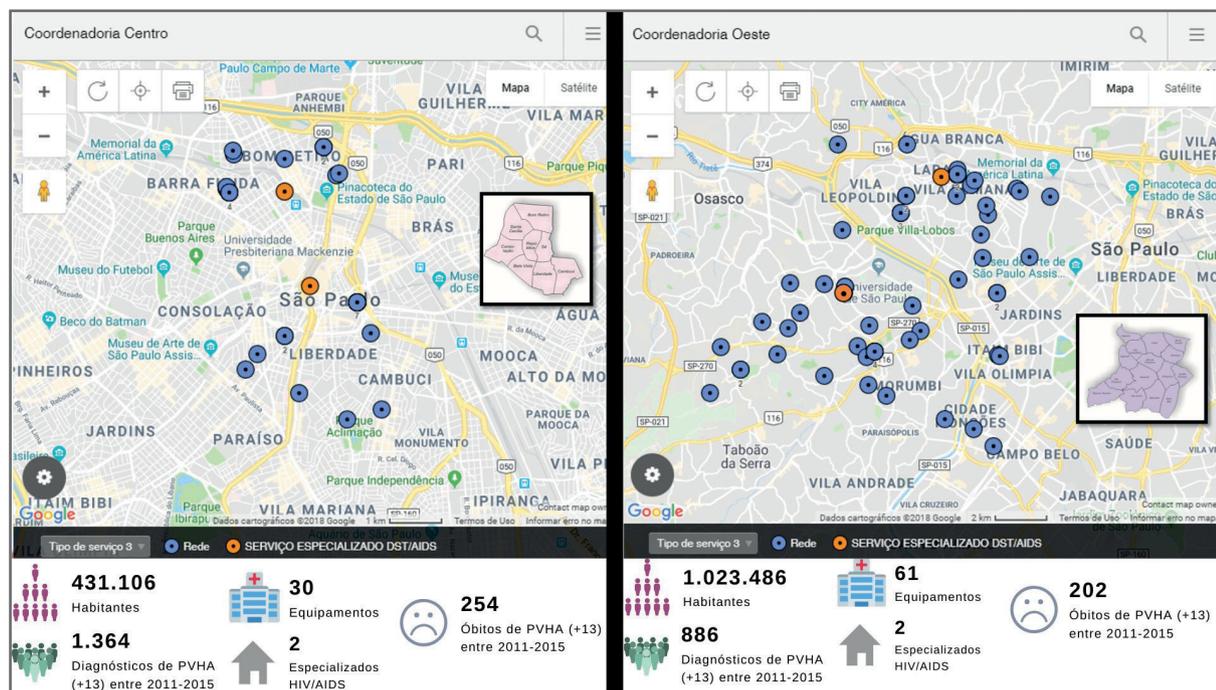




Os serviços de saúde do município se distribuem ao longo de todo o território. As figuras a seguir apresentam a distribuição espacial dos serviços de saúde e assistência social, comparados aos serviços especializados no atendimento das PVHIV, nas cinco CRS do município, além de dados populacionais e de notificações registrados pela SMS em um recorte temporal de cinco anos (2011-2015).

As CRS Centro e Oeste apresentaram no

intervalo de cinco anos entre 2011 e 2015 os menores números de diagnósticos de infecções por HIV e óbitos por aids. Estas regiões tem as menores populações da cidade e menores números de equipamentos distribuídos no território, cada uma com dois equipamentos especializados em infecções por HIV/aids. No mesmo período, as CRS Centro e Oeste apresentaram as menores proporções, respectivamente 18 e 22 óbitos para cada 100 notificações de diagnóstico.



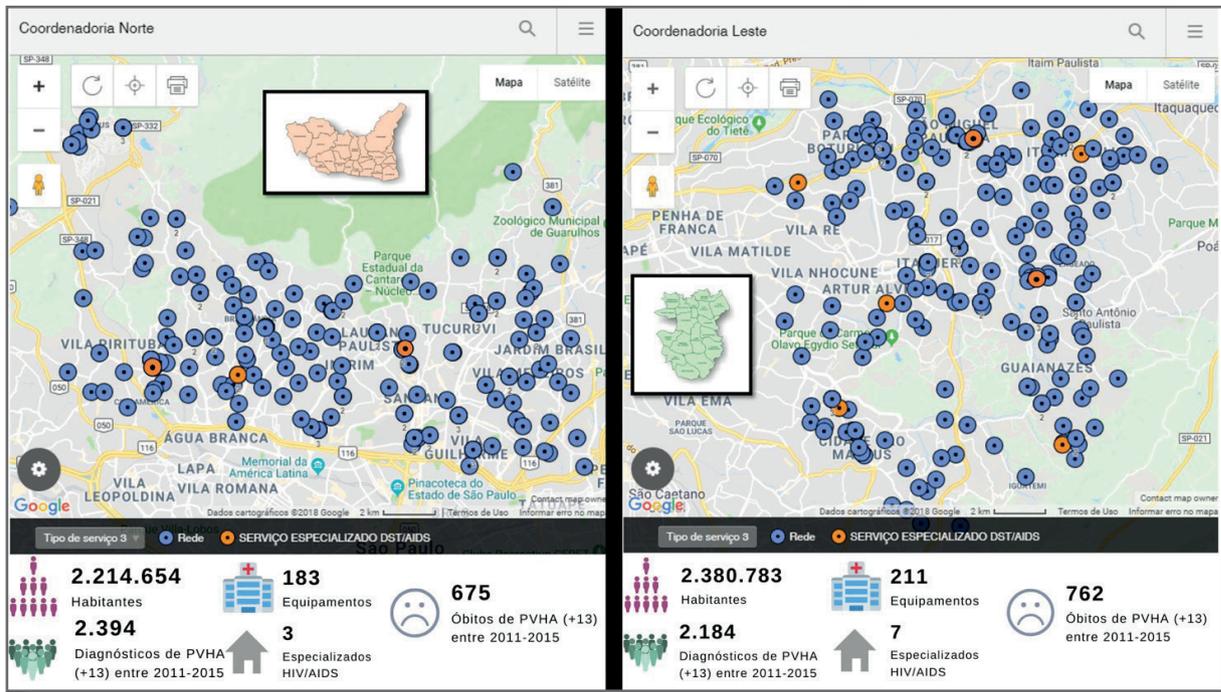
Fonte: Batchgeo/GoogleMaps (mapas); Canva (infográfico)DATASUS (dados); Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo;

Figura 1 - Infográfico sobre a distribuição espacial das instituições de saúde e assistência social nas CRS Centro e Oeste de São Paulo, dados populacionais e dados sobre notificações de infecções por HIV/aids no período de 2011 a 2015. São Paulo, 2018.

A CRS Norte ocupava posição mediana em relação ao número de diagnósticos de infecções por HIV/aids, equipamentos de saúde e óbitos, além da segunda posição na relação óbitos por diagnóstico. A Região conta com três equipamentos especializados para atendimento de PVHIV.

A CRS Leste conta com a terceira maior

população do município, a quarta região em notificações de diagnóstico, o segundo maior número de instituições e é a região com mais serviços especializados para PVHIV. Ainda assim, apresenta uma proporção de 34 óbitos por 100 notificações de infecções por HIV/aids, quase 50% mais que a CRS Oeste no mesmo intervalo de 2011 a 2015.



Fonte: Batchgeo/GoogleMaps (mapas); Canvas (infográfico)DATASUS (dados); Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo;

Figura 2 - Infográfico sobre a distribuição espacial das instituições de saúde e assistência social nas CRS Norte e Leste de São Paulo, dados populacionais e dados sobre notificações de infecções por HIV/aids no período de 2011 a 2015. São Paulo, 2018.

As CRS Sudeste e Sul apresentam as maiores populações do município e a CRS Sudeste o maior número de notificações de diagnóstico de infecções por HIV/aids; ambas têm número expressivo de instituições e serviços especializados e apresentam pequena diferença na proporção, 26 e 24 óbitos por 100 notificações de diagnóstico, respectivamente, no período de 2011 a 2015.

É possível observar áreas com maior concentração de equipamentos, além da localização dos serviços especializados nas áreas mais centrais das CRS e do município. Destaca-se a ausência de serviços especializados na porção mais inferior da CRS Sul, próximo aos bairros Grajaú, Parelheiros e Marsilac e na porção mais ao norte da CRS Norte, na proximidade da região de serra, nos bairros de Perus, Jaraguá, Brasilândia, Cachoeirinha, Mandaqui e Tremembé.

Segundo dados de 2009 disponíveis no

site da SMS, os serviços oferecidos pelas UBS paulistanas compreendiam ações como consultas, visitas domiciliares, saúde bucal, vacinação, coleta de exames laboratoriais, curativos, ações de vigilância à saúde, promoção e proteção social, acompanhamento de pacientes crônicos (hipertensos, diabéticos e outros), pré-natal e puerpério, hanseníase, tuberculose Doenças de transmissão sexual e HIV-Aids. Para atendimento imediato de demanda espontânea, o município conta com as Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA). Além das atividades desenvolvidas nas UBS, outras áreas técnicas compõem a atenção básica do município, como o Consultório de Rua, Práticas integrativas e complementares, Nutrição e Alimentação Saudável, Saúde da população Indígena, LGBTT, negra, pessoas em situação de violência, entre outras. Alguns programas são desenvolvidos no âmbito da Atenção Básica, dentre os quais destacam-se o



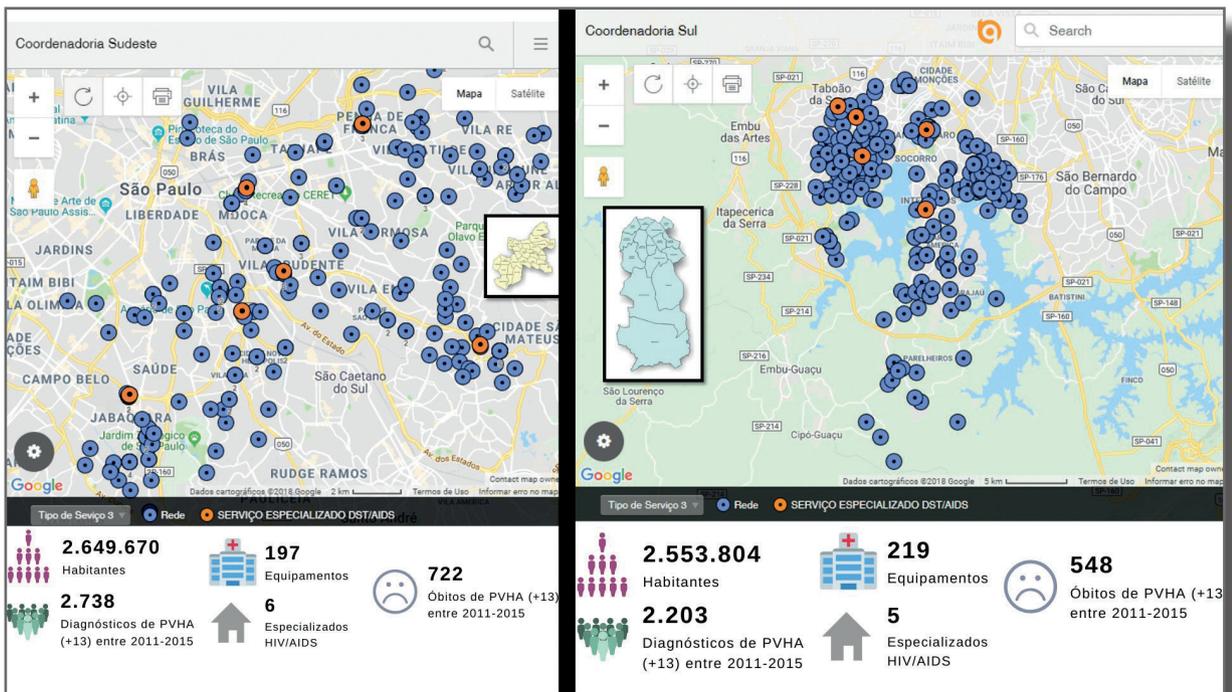
Programa Saúde na Escola, Melhor em casa e Academia da saúde¹⁵.

Ao comparar a população residente e número de UBS, a CRS Centro apresenta uma cobertura aproximada de 53 mil hab/UBS, seguida pelas CRS Oeste (34 mil hab/UBS), CRS Sudeste (27 mil hab/UBS), CRS Norte (23 mil hab/UBS), CRS Leste e CRS Sul, com 20 mil hab/UBS cada uma.

A distribuição de PVHIV entre os SAE disponíveis nas CRS do município apresentou a CRS Norte com o maior contingente (798

PVHIV/SAE), seguida da CRS Centro (682 PVHIV/SAE), CRS Sudeste (456 PVHIV/SAE), CRS Oeste (443 PVHIV/SAE), CRS Sul (440 PVHIV/SAE) e CRS Leste (312 PVHIV/SAE).

A proporção entre PVHIV e UBS das Regionais destaca a cobertura da CRS Centro com 170 PVHIV para cada UBS, enquanto as demais apresentam um número bastante menor, como a CRS Oeste com 123 PVHIV/UBS, seguida da CRS Sudeste (109 PVHIV/UBS), CRS Norte (99 PVHIV/UBS), CRS Leste (64 PVHIV/UBS) e CRS Sul (56 PVHIV/UBS).



Fonte: Batchgeo/GoogleMaps (mapas); Canvas (infográfico); DATASUS (dados); Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo;

Figura 3 - Infográfico sobre a distribuição espacial das instituições de saúde e assistência social nas CRS Sudeste e Sul de São Paulo, dados populacionais e dados sobre notificações de infecções por HIV/aids no período de 2011 a 2015. São Paulo, 2018.

DISCUSSÃO

Na perspectiva da integralidade, a prevenção às infecções por HIV/aids estabelece a combinação de diferentes abordagens e níveis, na busca por resposta às necessidades específicas dos grupos vulneráveis, reduzindo as lacunas que metodologias clássicas não foram capazes de preencher. Vale ressaltar a recomendação de atenção concentrada em grupos de maior vulnerabilidade, tais como populações-chave e populações prioritárias, identificadas em cada território. Neste sentido, estão preconizadas ações de ordem biomédica, comportamental e estrutural, bem como individuais e coletivas¹.

O papel da APS, segundo as diretrizes nacionais, é de ordenar o cuidado em saúde, compartilhando suas ações com as redes locais. Partindo de um diagnóstico situacional, a APS deve garantir o acesso da população às ações de prevenção, diagnóstico e manejo das infecções por HIV/aids¹.

A Integralidade abrange três dimensões, a saber: as práticas e atitudes do profissional de saúde, a organização do serviço e as políticas e programas sociais. Essas dimensões articulam os saberes e fazeres dos profissionais, no sentido de transformar práticas em saúde hegemônicas e verticalizadas em práticas sustentadas por políticas públicas formuladas em resposta às necessidades de saúde, satisfeitas pela clínica ampliada, interdisciplinar e integrada nos diferentes pontos de atenção em saúde organizados em rede¹⁶.

Dentre os pontos preconizados para a descentralização do cuidado pela APS estão a estratificação de risco e acompanhamento dos pacientes assintomáticos, a oportunidade de realização de exames (CD4 e Carga Viral) e acesso à dispensação de medicamentos pelas UBS ou em locais estrategicamente instalados, atendendo a demanda local de forma otimizada¹.

Do ponto de vista da distribuição espacial, os resultados apresentados evidenciam a potencialidade do município de São Paulo para a descentralização do cuidado das

PVHIV. Existem instituições capazes de realizar ações cuidativas de diferentes complexidades e naturezas, em toda a abrangência do município.

As características apresentadas nos resultados referentes à CRS Leste evidenciaram as vulnerabilidades da população residente. As características sociodemográficas mostraram baixos indicadores de escolarização e renda e o maior tempo de deslocamento diário dos trabalhadores. Um estudo realizado com 1.208 jovens brasileiros entre 18 e 29 anos de idade confirmou a escolaridade como aspecto significativo para vulnerabilidade às infecções por HIV/aids.¹⁷ Com relação à cobertura das infecções por HIV, a CRS Leste apresenta maior número de SAE do município.

Embora a CRS Leste apresente o maior número de SAE e a melhor proporção entre população e UBS, não é a região que mais diagnostica infecções por HIV, além de ter a maior proporção entre número de diagnósticos e óbitos por infecções por HIV/aids. Ressalta-se, entretanto, que o número de UBS possibilitaria maior cobertura das PVHIV (64 PVHIV/UBS) e acesso dessas pessoas aos recursos terapêuticos.

Com vistas a integralidade nos serviços de saúde, estudo realizado no município de Porto Alegre, sobre o processo de descentralização e da atenção em infecções por HIV/aids para APS, identificou aspectos positivos do acompanhamento dos pacientes pelas equipes da APS, tais como a proximidade, o fácil acesso à UBS e a mudança de cultura, todos representados pela inserção do aconselhamento na comunidade. Por outro lado, o constrangimento referido dada a proximidade da unidade de saúde com a residência do paciente e o compartilhamento do mesmo espaço com pessoas conhecidas levou a uma discussão paradoxal do território, constituindo importante desafio na efetivação da proposta de descentralização⁷.

O acesso das PVHIV às APS é realizado em duas situações distintas, seja quando o





indivíduo conhece o diagnóstico e busca auxílio por demandas de saúde que não se referem diretamente às infecções por HIV/aids, ou para o diagnóstico da infecção por meio do teste rápido. Portanto, ressalta-se a necessidade de promover uma relação de vínculo e confiança, onde se percebe a Unidade Básica de Saúde como porta de entrada também para as questões relacionadas às infecções por HIV/aids, capaz de suprir integral e longitudinalmente as necessidades das PVHIV¹⁸.

Na perspectiva do profissional, a revelação do diagnóstico implica em um momento de ansiedade, para ambas as partes. Tal situação é atribuída ao estigma relacionado a doença, que em toda sua trajetória histórica, foi permeada por características estereotipadas e pela representação social, que denotam a necessidade de preparo profissional¹⁸.

A qualificação dos profissionais da AB operacionalizada em diferentes modelos de educação, tais como presencial ou não presencial, educação permanente com profissionais experientes na atenção as PVHIV e por meio de parcerias com instituições de ensino locais, constituem um dos pilares para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na APS. A qualificação deve abordar o trato com as questões estigmatizantes, com a diversidade demográfica de cada região e com o respeito às particularidades de cada fase de vida de acordo com as categorias sociais a que pertencem as PVHIV.

Um dos principais desafios que tenciona o processo de descentralização, iniciado com a realização do teste rápido nas UBS consistem no estigma e discriminação dos profissionais e dos próprios usuários dos serviços, sem que eles se reconheçam dessa forma. O conhecimento sócio histórico da epidemia e as ações de promoção da saúde são formas de evitar que a Atenção Básica se consolide como estimuladora de estigmas⁷.

Outro ponto importante, consiste na disponibilização de exames de CD4 e Carga Viral (CV) além dos testes rápidos para diagnóstico do HIV, constituem estratégias

para prevenção da transmissão e diminuição da morbimortalidade, que atrelados a adesão do tratamento tem contribuído para qualidade de vida das PVHIV¹.

Apesar de serem citados como medidas de implementação para o manejo da infecção pelo HIV na APS, um estudo realizado no estado de São Paulo e outro em Pernambuco, ambos em 2016 apontam fragilidades para realização dos testes rápidos, relacionadas à logística da entrega, onde os principais motivos para não realização dos Testes Rápido Diagnóstico (TRD) foram a falta dos insumos e materiais, estrutura física para realização dos testes, carência de recursos humanos, bem como de profissionais capacitados disponíveis para esta atividade, e aconselhamento pré e pós-teste; oportunidades de melhorias na capacitação profissional e na execução de atividades educativas também foram destacados¹⁹.

Neste mesmo contexto, viabilizar o acesso aos antirretrovirais, para promoção do manejo das infecções por HIV/aids na APS, implica na reorganização das Unidades Básicas de Saúde ou da criação de novas unidades de dispensação de medicamentos, visto que a dispensação dos antirretrovirais, se dá por meio das Unidades de Dispensação de Medicamentos (UDM), cujo, controle ocorre por meio de Formulário de Solicitação de Medicamentos e o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Outro ponto importante é a relação de confiança, empatia e sigilo entre profissional e usuário, visto que acolhimento é uma importante ferramenta no processo de adesão ao tratamento, e que pesquisas evidenciam que PVHIV buscam por atendimento distante das residências justamente por medo de ter o diagnóstico revelado⁷.

Por fim, o presente estudo aponta para a potencialidade no uso dos Sistemas de Informações Geográficas (SIG) para monitoramento das condições de vida e saúde da população, seja relacionado a um agravo específico ou características de um grupo social. A possibilidade de mapeamento e verificação da relação espacial entre agravos



e as características do território podem revelar características epidemiológicas importantes na elaboração de estratégias de prevenção, promoção e recuperação da saúde, além de ações intersetoriais e ampliadas²⁰. Dada a disponibilidade de ferramentas digitais de uso livre e gratuito, ressalta-se a possibilidade dos SIG serem utilizados no âmbito das UBS, potencializando o planejamento e as ações

das equipes de saúde.

Como limites do estudo, destacam-se o uso de uma ferramenta de geoprocessamento com recursos limitados e a análise apenas da distribuição dos serviços de saúde. São necessários estudos de continuidade que possibilitem comparar a distribuição das PVHIV no território e a proximidade delas com as instituições.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a distribuição espacial das instituições municipais de saúde favorece o processo de descentralização, visando a integralidade e longitudinalidade do cuidado. No entanto, há que se reconstruir conceitos culturais, que rompem com as questões estigmatizantes que dificultam a aceitação das PVHIV em iniciar o acompanhamento na UBS próxima a sua residência. Essa relação incongruente entre espaço e PVHIV, denotam a necessidade de se investir de forma incisiva na qualificação

profissional, reestruturação física e acolhimento das PVHIV.

As necessidades enfrentadas hoje pelas PVHIV, resultam de um contexto cultural degenerado em função das incógnitas do início da epidemia. No entanto, os avanços tecnológicos permitem por meio dos equipamentos em saúde avançar continuamente, por meio de investimentos em tecnologias dura, mas sobretudo em tecnologias leves que nos permitem usufruir, da distribuição espacial das instituições.

AGRADECIMENTO: Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa do Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares (PROSUP) concedida para realização do Mestrado.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais. Cinco passos para a construção de linhas de cuidado para pessoas vivendo com HIV/aids. Brasília, 2017.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Indicadores básicos do HIV/Aids nos municípios brasileiros. [acessado 2018 maio 28] Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica - Manual para Profissionais Médicos. [acessado 2018 maio 28]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/o-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica-para-profissionais-medicos>
- 4 Franco FA, Hino P, Nichiata LYI, Bertolozzi MR. A Compreensão das Necessidades de Saúde segundo Usuários de um Serviço de Saúde: Subsídios para a Enfermagem. Esc Anna Nery. 2012;16 (1). <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100021>
- 5 Costa NR. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. Cien Saude Colet. 2016; 21(5). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.24842015>
- 6 Medeiros LB, Trigueiro DRSG, Silva DM, Nascimento JA, Monroe AA, Nogueira JA, et al. Integração entre serviços de saúde no cuidado às pessoas vivendo com Aids: uma abordagem utilizando árvore de decisão. Cien Saúde Colet. 2016; 21(2). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.06102015>
- 7 Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids: Para a atenção básica: tensões e potencialidades. Physis. 2016;26(3):785-806. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300005>
- 8 Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Cad saúde pública. 2016;32(8). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00183415>
- 9 Do Val LF, Nichiata LYI. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/Aids na Atenção Básica. Rev Esc Enferm USP.

- 2014; 48(Esp):149-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600021>.
- 10 Santos M. *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Hucitec;1988.
- 11 Coordenação de Epidemiologia e informação. *Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Região/zona*. [acessado 2018 agosto 28]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/informacoes_assistenciais/index.php?p=30566
- 12 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. *Panorama do Município de São Paulo*. [acessado 2018 agosto 28]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>
- 13 Prefeitura do Município de São Paulo. *Coordenação de Epidemiologia e Informação. Boletim informativo Boletim CEInfo. Informativo Censo Demográfico 2010 nº 04*. 2012. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Censo_04.pdf
- 14 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. *Notificações de Aids (adulto) por ano de diagnóstico*. [acessado 2018 agosto 28]. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/AIDS/AIDSAD.def>
- 15 Secretaria Municipal da Saúde [internet]. *Coordenadoria da Atenção Básica. Áreas Técnicas Da Atenção Básica*. [acessado 2018 agosto 28]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1936
- 16 Hino P, Horta ALM, Gamba MA, Taminato M, Fernandes H, Sala DCP. *Integralidade na perspectiva da saúde coletiva: caminhos para a formação do enfermeiro*. *Rev. Bras. Enferm.* 2019;72(4):1119-1123. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0443>.
- 17 Fontes MB, Crivelaro RC, Scartezini AM, Lima DD, Garcia AA, Fujioka RT. *Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos no Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(4). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.12852015>
- 18 Colaço AD, Meirelles BHS, Heidemann ITSB, Villarinho MV. *O cuidado à pessoa que vive com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde*. *Texto contexto - enferm.* 2019;28: e20170339. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0339>.
- 19 Araújo WS, Quirino EMB, Pinho CM, Andrade MS. *Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde*. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 1):631-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0298>
- 20 Paiva SS, Pedrosa NL, Galvão MTG. *Análise espacial da AIDS e os determinantes sociais de saúde*. *Rev. bras. epidemiol.* 2019;22: e190032. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190032>.

