

Desafios da saúde da mulher na Baixada Santista: acesso ao diagnóstico anti-HIV e ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis

Challenges of women health in Baixada Santista: access to HIV diagnostic and to the treatment of sexually transmitted diseases

Desafíos de salud de mujeres en Baixada Santista: acceso al diagnóstico de HIV y al tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS)

*Renato Barboza**

*Lígia Rivero Pupo***

*Olga Sofia Fabergé Alves****

*Paulo Henrique Nico Monteiro*****

*Maria Mercedes Loureiro Escuder******

RESUMO: A feminização da Aids no Brasil é um fato consumado, descrito desde a década de 1990, e continua sendo uma das principais tendências da epidemia na Baixada Santista. Nesse cenário, a universalização do acesso ao exame anti-HIV, em conjunto com ações de prevenção formuladas aos diversos grupos populacionais, são vistas como as principais estratégias para o enfrentamento da epidemia. A questão do acesso ao diagnóstico, assim como ao tratamento das DST deve ser entendido como um desafio para os diversos níveis de gestão do SUS, especialmente nas regiões metropolitanas. O presente artigo analisou as condições de acesso ao teste anti-HIV e ao tratamento das DST das mulheres da Região Metropolitana da Baixada Santista-SP, a partir de dados primários coletados por meio de um inquérito populacional desenvolvido nos municípios da região com população acima de 100.000 habitantes. Quanto ao diagnóstico do HIV, os resultados apontam que 79,6% das mulheres entre 25 e 39 anos referiram realizá-lo na rede básica de saúde em 37,6% dos casos. Aponta, entretanto, fragilidades quanto à qualidade desses serviços, especialmente relacionadas à oferta de orientações e aconselhamento sobre ações de prevenção, na medida em que 51,5% das mulheres não tiveram nenhum tipo de orientação. Quanto às DST, pôde-se perceber que as mulheres procuram tratamento especialmente na rede básica de saúde (47,3%), seguido do consultório particular (37,4%). Entretanto, o tratamento dos parceiros, importante estratégia de quebra da cadeia de transmissão foi referido em apenas 33,4% dos casos.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças sexualmente transmissíveis – terapia. HIV. Serviços de saúde da mulher.

ABSTRACT: AIDS in Brazil is no doubt a women's disease, a fact described from the 1990s, and it continues to be one of the main tendencies of the epidemic in Baixada Santista. Due to this, the universal access to HIV tests, together with preventive actions directed to the various population groups are seen as the principal strategies for combating the epidemic. The question of access to diagnosis, as well as to STD treatment must be understood as a challenge for the several levels of management of SUS (unified health system), especially in metropolitan regions. The present article analyzed access conditions to HIV test and to STD treatment of women from the Metropolitan Region of Baixada Santista-SP, from primary data collected by a survey developed by local authorities of the region with a population of more than 100.000 inhabitants. As for HIV diagnosis, results show that 79.6% of women from 25 to 39 years of age told they did it in the basic health system in 37.6% of cases. But there are problems related to the quality of the services, especially as regards instructions and advice on preventive actions: 51.5% of the women had had no instruction. Regarding STD, it was possible to realize that women ask for treatment especially in the basic health system (47.3%), followed by private doctors (37.4%). However, the treatment of partners, an important strategy for breaking the chain of transmission, happened in only 33.4% of cases.

KEYWORDS: Sexually Transmitted Diseases – therapy. HIV. Women's health services.

RESUMEN: La SIDA en Brasil es sin duda una enfermedad femenina, un hecho descrito del 1990, y sigue siendo una de las tendencias principales de la epidemia en Baixada Santista. Debido a esto, el acceso universal a pruebas de HIV, asociado con acciones preventivas dirigidas a varios grupos demográficos, es visto como las estrategias principales para combatir la epidemia. La cuestión del acceso al diagnóstico así como al tratamiento de ETS debe ser entendida como un desafío para varios niveles de la dirección de SUS (sistema de salud unificado), sobre todo en regiones metropolitanas. El presente artículo analizó condiciones de acceso a pruebas de HIV y al tratamiento de ETS de mujeres de la Región Metropolitana de Baixada Santista-SP, a partir de datos primarios colectados por una encuesta desarrollada por autoridades locales de la región con una población de más de 100.000 habitantes. En cuanto al diagnóstico de HIV, los resultados muestran que el 79.6% de mujeres desde 25 hasta 39 años de edad dijeron que no lo hicieron en el sistema de salud básico en el 37.6% de casos. Pero hay problemas relacionados con la calidad de los servicios, especialmente instrucciones y consejos sobre acciones preventivas: el 51.5% de las mujeres no habían tenido ninguna instrucción. En cuanto a ETS, fue posible percibir que las mujeres piden el tratamiento sobre todo en el sistema de salud básico (el 47.3%), seguido de doctores privados (el 37.4%). Sin embargo, el tratamiento de compañeros, una estrategia importante para romper la cadena de transmisión, pasó en sólo el 33.4% de casos.

PALABRAS LLAVE: Enfermedades de Transmisión Sexual – terapia. VIH. Servicios de salud para mujeres.

*Cientista Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestre em Saúde Coletiva pela CCD/SES/SP. Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. E-mail: renato@isaude.sp.gov.br

**Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestre em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo. Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

***Cientista Social pela Universidade de São Paulo. Mestranda em História da Ciência pela Universidade de São Paulo. Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

****Educador pela Faculdade Educação Física de Santo André. Mestre em Saúde Coletiva pela CCD/SES/SP. Doutorando em Educação pela Universidade de São Paulo. Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

*****Enfermeira pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Introdução

A Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), criada oficialmente em 1996, é formada por nove municípios (Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Monguagá, Peruíbe, Praia Grande, São Vicente e Santos) com população predominantemente urbana. No âmbito da saúde, a instância responsável pela coordenação da gestão regional do Sistema Único de Saúde (SUS) é o Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista, que possui em sua estrutura um Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE-Santos), responsável pela notificação dos casos de DST/Aids e pela implementação de ações programáticas desenvolvidas pelas Secretarias Municipais de Saúde.

O GVE-Santos notificou um total de 9.099 casos de Aids residentes no período de 1991 a junho de 2007, que corresponde a 6,4% do total de casos registrados no estado de São Paulo (141.718 indivíduos). Segundo dados da área de Vigilância Epidemiológica do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo, o GVE-Santos ocupa a terceira posição no ranque estadual, indicando a importância epidemiológica desse

agravo nessa região (São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2007).

Na RMBS, no período de 1980 a 2007, todos os municípios informaram casos de Aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), como mostra a Tabela 1. O município pólo, Santos, responde pela maioria dos casos notificados em números absolutos, seguido de São Vicente e Guarujá. Dado o atraso médio de dois anos na notificação dos casos, a opção pelo ano de 2005 é a mais indicada para a análise da incidência de Aids no Estado de São Paulo. Quando analisado o coeficiente de incidência para Aids por 100.000 habitantes, em 2005, verifica-se que o município pólo ocupou o primeiro lugar (29,7), seguido de Itanhaém (25,7) e Cubatão (25,6). Se comparado ao coeficiente de incidência do Estado, que foi de 15,7 por 100.000 habitantes no mesmo período, os índices encontrados em Santos e Cubatão são 1,8 e 1,6 vezes respectivamente maiores que o estadual. Assim, a prevenção primária e secundária das DST/Aids, com vistas a ampliar o acesso da população a preservativos e ao diagnóstico precoce, é ação prioritária.

Todos os municípios da RMBS apresentaram, em 2006, taxas de mortalidade por Aids superiores à média estadual de 8,2 óbitos por 100.000 habitantes, sendo a taxa encontrada em Santos correspondente ao dobro da que foi verificada no Estado. Nos demais municípios, as taxas de mortalidade foram: Cubatão (14,3), São Vicente (12,7), Peruíbe (12,5), Guarujá (10,6) e Praia Grande (10,0), indicando a relevância do acesso ao diagnóstico e da adesão ao tratamento como ações estratégicas para a reversão dessa situação e enfrentamento da epidemia (São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2007).

Analisando-se as tendências epidemiológicas da Aids na Baixada Santista, entre a população adulta, constata-se a heterossexualização e feminização da epidemia. Os casos notificados na categoria de exposição "heterossexual", no período de 1980 a junho de 2008, totalizam 72,2%, seguido pelos homossexuais (15,7%) e bissexuais (11,9%). Os heterossexuais responderam por 56,3% dos casos entre 1980-1990, atingindo 75,7% no quinquênio 2001-2005 (Gráfico 1).

Já a tendência de feminização da epidemia na região metropolitana ocorre desde a década de 90, sendo evidenciada pela razão de sexo de dois homens para cada mulher notificada, assim como descrito na Tabela 2. Santos e São Vicente apresentam a mesma razão de sexo observada no Estado de São Paulo (2/1).

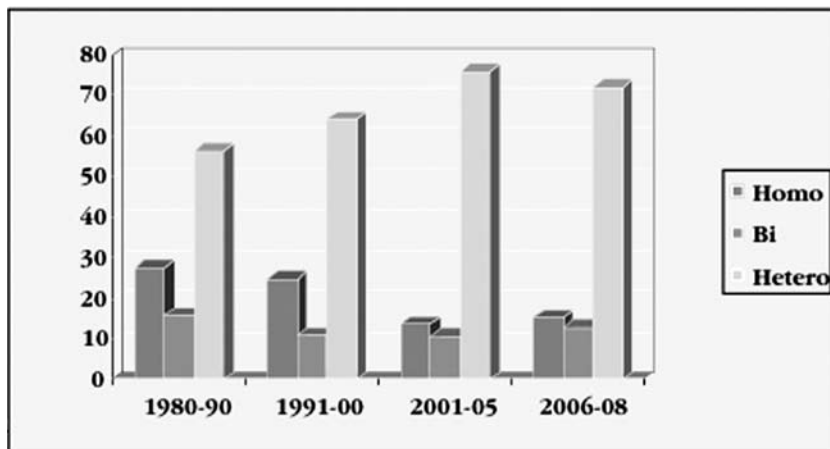
Barbosa, Villela (1996, p. 21), ao discutirem o contexto de vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids, apontam que a epidemia "se configura como um problema da população feminina em geral, e particularmente daquela com menor acesso às informações e serviços". Para Parker, Galvão (1996), os dados epidemiológicos sugerem que a vasta maioria das mulheres

Tabela 1. Casos notificados de Aids segundo municípios de residência no período de 1980 a 2007 e coeficiente de incidência de Aids por 100.000 habitantes no ano de 2005, Baixada Santista

Município de residência	Nº casos notificados 1980 a 2007	Coef. de incidência de Aids 2005
Santos	4.702	29,7
São Vicente	2.005	18,7
Guarujá	1.489	14,5
Praia Grande	828	9,5
Cubatão	762	25,6
Itanhaém	252	25,7
Peruíbe	158	9,7
Mongaguá	104	18,8
Bertioga	85	4,5

Fonte: SINAN – Vigilância Epidemiológica – Programa Estadual DST/Aids – SP

Gráfico 1. Casos notificados de Aids, segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico na RMBS, 2008



Fonte: GVE - Santos, SINAN, 2008

Tabela 2. Casos notificados de Aids, segundo município e sexo, RMBS, 1984 a junho de 2007

Município	Masculino	Feminino	Razão de Sexo	Total
Santos	3.198	1.522	2/1	4.720
São Vicente	1.362	630	2/1	1.992
Guarujá	896	502	1,7/1	1.398
Praia Grande	542	297	1,8/1	839
Cubatão	556	222	2,5/1	778
Itanhaém	138	104	1,3/1	242
Peruíbe	113	69	1,6/1	182
Mongaguá	77	24	3,2/1	101
Bertioga	47	29	1,6/1	76
Total	6.929	3.399	2/1	10.328

Fonte: SINAN, 2008

infectadas pelo HIV no Brasil é constituída por donas-de-casa cujo único parceiro sexual é o próprio marido (Parker, Galvão, 1996).

Santos et al (2002), ao problematizar as mudanças do perfil epidemiológico da Aids no Estado de São Paulo, corrobora com as pesquisadoras afirmando que “a feminização é um fato consumado” (Santos et al, 2002 p. 288), uma

vez que a Aids é uma das principais causas de morte entre mulheres em idade fértil. A autora enfatiza também que o aumento do número de casos em mulheres traz como consequência o aumento dos casos em crianças, uma vez que a transmissão materno-infantil foi responsável por 84,2% dos casos notificados em menores de 13 anos no Estado de São Paulo de 1987 a 2001.

Quanto às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), o GVE-Santos notificou, segundo a abordagem sindrômica¹, entre 1998 e setembro de 2007, um total de 4.660 casos, ocupando a sexta posição no ranque estadual. Em relação aos diagnósticos sindrômicos, apresentou a maior proporção de casos de condiloma acuminado/verrugas anogenitais do Estado, atingindo 12% dentre 20.825 casos notificados. Na faixa etária de 15 a 19 anos, também foi informado o maior número de casos de DST no Estado, correspondendo a 8,1% (n=877) entre os 10.782 casos registrados nesse segmento (São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2007b).

As informações sobre as DST não indicam tendências epidemiológicas para população em geral, mas sim, o registro das ocorrências dos agravos atendidos e notificados no SINAN pelos serviços de saúde. A ampliação da notificação das DST ainda representa um importante desafio para as equipes de saúde na Baixada Santista, assim como para o Estado de São Paulo.

Para tentar enfrentar a vulnerabilidade feminina, foi lançado, em 2007, pelo Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, o “Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST”. Esse Plano tem por objetivo enfrentar a feminização por meio da redução das vulnerabilidades que atingem as mulheres, estabelecendo políticas de prevenção, promoção e atenção integral. O primeiro objetivo específico é o de promover o acesso universal à atenção integral em DST/Aids para as mulheres. Entre as ações estratégicas, estão previstas a ampliação da cobertura e garantia de acesso aos insumos de prevenção; ao

1. A abordagem sindrômica para as DST foi proposta pela OMS para agilizar e desonerar o tratamento. O método consiste em incluir a doença em síndromes pré-estabelecidas, baseadas em sintomas e sinais e instituir o tratamento sem esperar exames confirmatórios.

diagnóstico do HIV e da Sífilis; aos serviços de saúde de qualidade; ao tratamento; à informação e às ações educativas sobre DST/Aids (Brasil, Ministério da Saúde, 2007).

Na mesma perspectiva, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2008, elaborou um plano estadual para o enfrentamento da feminização da epidemia. Dentre suas metas destacam-se a implantação do tratamento por abordagem sindrômica das DST na rede de atenção básica dos 145 municípios que recebem recursos por meio do sistema fundo a fundo para DST/Aids, além do aumento de 10% na proporção de mulheres testadas para o HIV no Estado, com redução do número de diagnósticos tardios, até 2011².

Atualmente, as regiões metropolitanas representam um dos principais desafios a serem encarados pelos gestores na implementação de políticas públicas e na organização de sistemas e modelos de atenção à saúde. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), essas regiões concentravam, em 2006, 43,3% da população do Brasil (IBGE). Além disso, dada a natureza de concentração populacional e de contigüidade territorial entre os municípios, as regiões metropolitanas apresentam fluxos e dinâmicas inter e intra municipais característicos, que influenciam o desenvolvimento das políticas públicas e a organização dos serviços oferecidos à população.

Bosquat, Nascimento (2001), a partir da pesquisa realizada na Região Metropolitana de São Paulo e por meio do indicador de viagens por motivo de saúde, concluem que os moradores dessa região deslocam-se de seus locais de moradia para obter a atenção à saúde. Esse fato indica, segundo as autoras, que os usuários

dos serviços não encontram respostas à sua demanda na esfera local/municipal da atenção, encontrando, porém, resposta no sistema regionalizado (Bosquat, Nascimento, 2001). Isto quer dizer que, em um contexto metropolitano, se desenham lógicas de deslocamentos regionais (ou metropolitanos) e não municipais na busca pelos serviços, inclusive os de saúde.

Outro exemplo é dado por Bosquat, Cohn, Elias (2005), que verificaram que a parcela de moradores residentes em áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) na Região Metropolitana de São Paulo, e que passou por algum serviço de saúde nos últimos quinze dias, procurou mais os outros serviços de saúde do que o próprio PSF, evidenciando, segundo os autores, a desterritorialização da atenção obtida (Bosquat, Cohn, Elias, 2005).

O cenário metropolitano é, portanto, revelador da necessidade de articulação regional entre municípios, localidades e os diversos níveis de gestão da saúde, na perspectiva da superação dos problemas de acesso aos serviços, e requer um olhar que, necessariamente, deve ser feito sob o ponto de vista da região.

Para analisar a problemática do uso de serviços pela população, adotamos o termo acesso na sua relação com a organização dos serviços e das necessidades de saúde da população, levando em conta as especificidades e características locais e não apenas para referir o grau de facilidade (ou dificuldade) das pessoas obterem cuidados de saúde. Qualquer que seja a definição adotada quanto ao conceito de acesso, vale apontar que ela sempre diz respeito à relação entre o usuário e suas necessidades de saúde e os serviços de saúde (Frenk Mora, 1985; Unglert, 1990; Carr-Hill et al, 1994).

No Estado de São Paulo, existem atualmente três regiões metropolitanas: a Região Metropolitana de São Paulo, a Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) e a Região Metropolitana de Campinas, que concentravam, em 2006, cerca de 24 milhões de habitantes, ou seja, 58,5% da população do Estado de São Paulo e 12,9% da população do Brasil. Esse conjunto foi responsável, em 2004, por cerca de 20% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional (São Paulo, Secretaria de Estado de Economia e Planejamento-Emplasa, 2008).

A RMBS foi escolhida para esse estudo, pois, além da relevância epidemiológica das DST/Aids na região, não foram desenvolvidos outros inquéritos domiciliares de saúde semelhantes nessa região. Em 2007, segundo a base de dados do DATASUS, a população residente da RMBS era de 1.695.101 habitantes, o que representa cerca de 4% da população residente do Estado de São Paulo; desses, 871.699 (51,4%) são mulheres. Além disso, entre as três regiões metropolitanas do Estado, é a de menor área geográfica (2.373 km², que corresponde a menos de 1% da superfície do Estado), o que configura um importante quadro de adensamento populacional, e é responsável pelo menor PIB total e por habitante dentre as regiões metropolitanas paulistas (São Paulo, Secretaria de Estado de Economia e Planejamento-Emplasa, 2008).

Tendo como campo de estudo essa região metropolitana, a questão epidemiológica das DST e Aids e a feminização da epidemia, o presente artigo tem por objetivo analisar o acesso das mulheres da Região Metropolitana da Baixada Santista ao diagnóstico anti-HIV e das Doenças Sexualmente Trans-

2. Plano elaborado pelo Programa Estadual DST/Aids em consulta pública. Posteriormente será apresentado e submetido à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

missíveis e seu tratamento nos serviços de saúde.

Metodologia

Os dados do presente estudo foram coletados por meio de um inquérito domiciliar coordenado pelo Núcleo de Condições de Vida e Situação de Saúde do Instituto de Saúde da SES/SP, e fez parte do protocolo de pesquisa implementado pelo Programa de Fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (PROESF-componente 3), financiado pelo Banco Mundial e Ministério da Saúde.

A amostra foi obtida por procedimentos de sorteio probabilístico dos setores censitários do IBGE utilizados para o Censo em 2000. A população de estudo foi constituída pelos residentes em domicílios particulares da área urbana dos cinco municípios com mais de 100.000 habitantes da RMBS: São Vicente, Cubatão, Santos, Praia Grande e Guarujá. Os dois primeiros foram escolhidos como domínios de estudo pela diferença de seus modelos de Atenção Básica. Os outros três municípios foram agrupados e analisados em conjunto. A coleta dos dados se deu no primeiro semestre de 2007.

Foram realizadas 6.815 entrevistas distribuídas, segundo faixa etária e sexo, conforme pode ser verificado na Tabela 3.

Foram adotadas estratégias de controle de qualidade para coleta e processamento dos dados, de acordo com orientações da Organização Mundial da Saúde, com o intuito de evitar a não resposta e otimizar o trabalho de campo. Cada domicílio foi visitado pelo menos três vezes, no caso da não obtenção de entrevistas de todos os moradores (United Nations, 2005).

Além disso, visando a garantir a validade dos resultados, foi feita a conferência de 100% dos questionários, que eram devolvidos para

o entrevistador caso ocorressem problemas. Complementarmente, foram reentrevistadas 10% das pessoas da amostra para verificar a concordância das duas entrevistas realizadas com o mesmo entrevistado e para comprovar a não ocorrência de falsificações.

O bloco de questões relacionadas às DST/Aids foi aplicado inicialmente a 4.542 pessoas (com 12 anos ou mais). Dentro desse universo, somente aqueles que relataram ter tido relações sexuais nos últimos doze meses, ou seja, 3.647 entrevistados (79,9%) continuaram a responder às questões.

Embora esse bloco tenha sido igualmente aplicado aos indivíduos de 12 a 14 anos, aos de 55 a 59 anos e de 60 anos ou mais, os resultados referentes ao acesso ao diagnóstico anti-HIV serão apresentados apenas levando-se em consideração a parcela da amostra de 14 a 54 anos, pois permitem a comparação com outras pesquisas: IBOPE (2003) e a Pesquisa Nacional sobre Conhecimento, Atitudes e Práticas da População (PCAP) de 2004. Quanto aos resultados relativos ao acesso ao tratamento das DST, os dados serão apresentados para o total da população investigada.

Todos os entrevistados foram orientados quanto aos objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 196/96, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. O projeto foi apresentado e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde.

Análise dos Resultados

No tocante ao acesso ao diagnóstico anti-HIV serão apresentados dados sobre o número de pessoas que realizaram o teste ao menos uma vez na vida, a distribuição da realização do exame entre as faixas etárias estudadas, o local de realização do teste. A ocorrência ou não de atividades de orientação/aconselhamento nos momentos anterior e posterior à realização do exame também será abordada, uma vez que o aconselhamento é um indicador importante para a avaliação da qualidade do serviço ofertado.

Quanto ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST), serão apresentados da-

Tabela 3. Distribuição do número de entrevistados segundo subgrupo populacional e municípios. Projeto Acesso – RMBS, 2007

Subgrupo populacional	Cubatão	S.Vicente	Demais Municípios	Total
Menores 2 anos	64	86	66	216
De 2 a 11 anos	395	493	389	1277
homens 12 a 19 anos	133	190	133	456
mulheres 12 a 19anos	160	180	147	487
homens 20 a 59 anos	497	623	504	1624
mulheres 20 a 59anos	587	763	664	2014
60 anos e mais	129	328	284	741
Total	1965	2663	2187	6815

dos acerca da prevalência de sinais e sintomas de DST referidos pela população acima de 12 anos, do local procurado para o seu tratamento e se, durante o tratamento, houve o tratamento do parceiro.

Acesso ao diagnóstico anti-HIV

Da população sexualmente ativa (os que referiram ter tido relações sexuais nos últimos 12 meses) entre 15 a 54 anos nos municípios pesquisados, 56,9% referiram já ter realizado o teste anti-HIV pelo menos uma vez na vida. A proporção dos que realizaram o teste varia segundo os sexos, sendo maior entre as mulheres (63,8%) que entre homens (49,0%), como mostra o Gráfico 2.

Foram observadas também variações entre as faixas etárias dos entrevistados em relação à realização do teste. Dos entrevistados com idade entre 25 e 49 anos, 68,7% referiram a realização do exame, havendo novamente o predomínio de mulheres, correspondendo a 79,6% dos testados nesta faixa etária (Gráfico 3).

Vale chamar a atenção para o fato de que 58,5% das jovens com idade entre 15 a 24 anos afirmaram já ter realizado esse exame, constituindo-se, dessa maneira, o segundo grupo etário com maior porcentagem de realização do teste anti-HIV. As mulheres só não são maioria na realização do teste entre a faixa que vai dos 40 aos 54 anos.

Quanto ao local de realização do último exame anti-HIV, as mulheres indicam com mais frequência a rede básica de saúde (37,6%), seguido dos hospitais (18,3%), dos laboratórios particulares (14,8%) e dos consultórios particulares (12,2%).

Já os homens referiram o hospital (24,8%) como o local mais pro-

Gráfico 2. Percentual dos entrevistados (15 a 54 anos) que alguma vez na vida, fizeram o teste de AIDS, segundo sexo. Projeto Acesso – Região da Baixada Santista, 2007

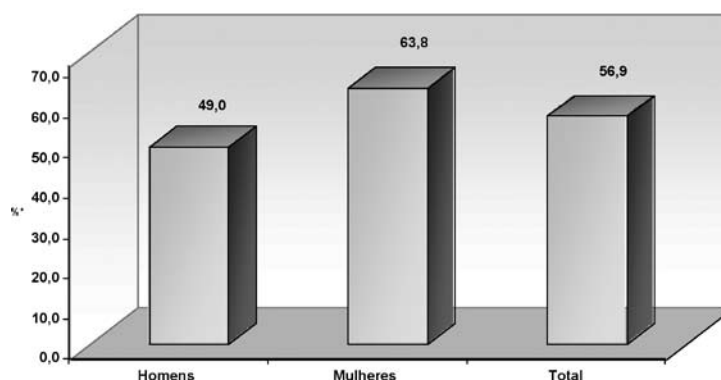
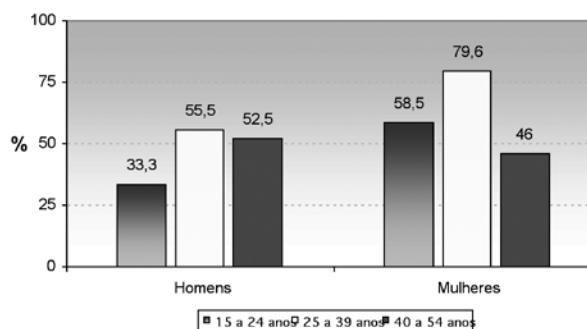


Gráfico 3. Distribuição dos entrevistados (15 a 54 anos) que referiram já ter feito o teste de AIDS na vida, de acordo com sexo e faixa etária. Projeto Acesso – RMBS, 2007



curado, seguido da rede básica de saúde (22,7%) e dos consultórios particulares (17,8%), como pode ser observado no Gráfico 4.

Os bancos de sangue foram citados como local do último teste anti-HIV por 13,9% dos homens e 4,6% das mulheres, ou seja, 8,4% do total de entrevistados fizeram o último exame ao doar sangue. Apenas 6,9% dos entrevistados fizeram o último exame anti-HIV nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)³.

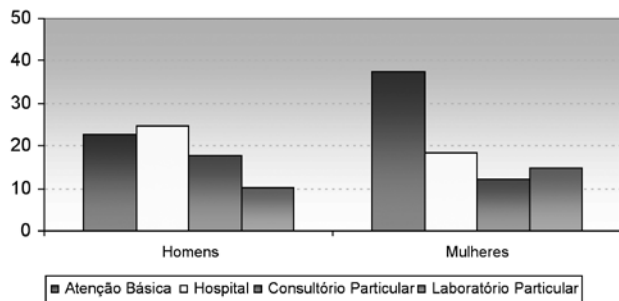
O Ministério da Saúde preconiza que devem ser oferecidos dois momentos de aconselhamento

quando da realização do teste anti-HIV. O primeiro anteriormente à realização do exame e o segundo quando da entrega do resultado pela equipe de saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 1998).

Em relação ao aconselhamento prévio, 48,9% dos entrevistados referiram ter recebido algum tipo de orientação sobre o exame quando da realização do último teste anti-HIV (Gráfico 5). Quando discriminados os sexos, constatou-se que mais homens (55,4%) do que mulheres (45,6%) receberam orientação. Ou seja, mais da metade do total de mulheres que referiram

3. Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são serviços de saúde que têm como objetivo ampliar o acesso ao diagnóstico anti-HIV, Sífilis e Hepatite, especialmente àquelas populações mais vulneráveis e são coordenados pelos Programas Municipais de DST/Aids. Na RMBS, todos os municípios possuem esse serviço.

Gráfico 4. Distribuição percentual do local onde realizou o último exame de AIDS, segundo sexo (15 a 54 anos). Projeto Acesso – RMBS, 2007



ter realizado o teste não recebeu qualquer orientação prévia sobre o exame.

Uma situação semelhante pôde ser observada no aconselhamento pós-teste, que têm como objetivo explicar o significado do resultado e fazer os encaminhamentos adequados. Somente 41,4% dos indivíduos que realizaram o exame anti-HIV receberam orientação sobre o resultado, sendo novamente mais homens (46,3%) que mulheres (38,2%).

O dado mais inquietante refere-se à quantidade de indivíduos

que não recebeu qualquer tipo de orientação (46,7%), como mostra o Gráfico 5. Essa situação torna-se mais alarmante quando se verifica que 51,5% das mulheres testadas referiram não ter recebido nenhuma orientação das equipes de saúde, seja pré ou pós teste.

Acesso ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST)

No que diz respeito às DST, na população com 12 anos ou mais que referiu ter tido relações sexuais nos últimos doze meses, 78,9% das

mulheres e 96,6% dos homens entrevistados, relataram não ter tido nenhum sinal ou sintoma de DST no último ano.

Entre os sinais e sintomas de DST mais recorrentes citados pelas mulheres estão os corrimentos vaginais (93,3%), feridas e bolhas nos genitais (6,1%) e verrugas (0,4%).

Entre os homens os sinais relatados foram: 70,5% de corrimentos uretrais e ardor ao urinar, 23,5% de feridas ou bolhas genitais e 8,8% de verrugas.

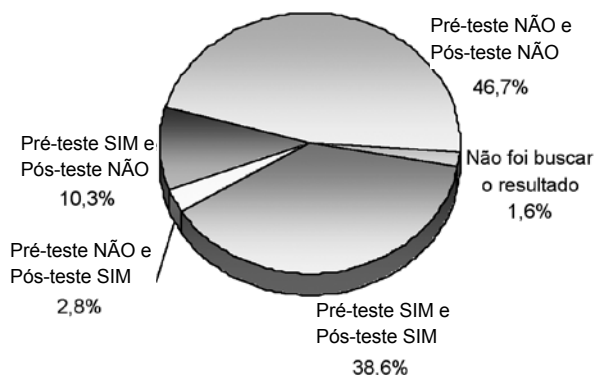
Entre aqueles entrevistados que referiram algum sinal de DST, 89% buscaram tratamento. Aqui novamente aparece uma importante diferença quanto ao sexo do entrevistado. Enquanto 91,3% das mulheres que referiram a presença desses sinais procuraram algum tipo de tratamento, apenas 74,1% dos homens fizeram o mesmo.

Como indicado no Gráfico 6, entre os que buscaram algum tipo de tratamento, a maior parte procurou a rede básica de saúde (45,5%), seguido do consultório particular (35,1%). Observou-se que 4% dos entrevistados buscaram tratamento diretamente na farmácia. Menos de 1% procurou os serviços de assistência especializada em DST/Aids (0,8%).

A procura pela rede básica de saúde para o tratamento foi semelhante entre os sexos: 47,3% para as mulheres e 45,5% para os homens.

Diferentemente, quando a procura pelo tratamento se deu por meio de consultórios particulares, existe uma importante diferença, aparecendo um claro predomínio das mulheres (37,4%) em relação aos homens (17,4%). Esse quadro se inverte quando da procura pela farmácia para o tratamento, quando 10,4% dos homens e 3,2% das mulheres utilizam esses estabelecimentos para o tratamento.

Gráfico 5. Distribuição dos entrevistados (15 a 54 anos) que fizeram exame anti-HIV, segundo orientação recebida. Projeto Acesso – RMBS, 2007



Tomado o tratamento do(a) parceiro(a) como importante indicador de qualidade e resolutividade do tratamento das DST, o estudo demonstrou que apenas um terço (33,4%) dos parceiros das pessoas que relataram ter tido DST foram tratados. Desses, 34,5% dos parceiros foram tratados na rede básica de saúde, 23,1% no consultório particular e 17,7% fez uso de auto-medicação. Vale chamar a atenção para o fato de que 96,7% dos parceiros que iniciaram o tratamento o fizeram até o final, como observado no Gráfico 7, apontando boa aderência a conduta.

Discussão

Os resultados do inquérito domiciliar realizado na RMBS eviden-

ciam a vulnerabilidade feminina às DST/Aids, sobretudo no seu aspecto programático, indicando elementos que facilitam ou dificultam o acesso das mulheres aos serviços de saúde.

Nessa ótica, é importante ressaltar que a organização do serviço e a boa articulação e coesão do processo tecnológico desenvolvido pelas equipes de saúde são essenciais para o acolhimento e adesão das mulheres aos serviços e consequentemente à realização do exame anti-HIV e do tratamento adequado das DST.

A análise dos dados demonstra que o percentual de mulheres sexualmente ativas na faixa etária entre 15 a 54 anos, que realizaram o diagnóstico para o HIV, pelo menos uma vez na vida foi alto (63,8%),

sendo superior ao encontrado entre os homens. Segundo a Pesquisa Nacional sobre Conhecimento, Atitudes e Práticas (PCAP), realizada em 2004, 28,1% dos brasileiros foram testados para o HIV. No caso da Baixada Santista, o inquérito verificou que a prevalência de homens e mulheres testados foi de 56,9%, ou seja, o dobro da prevalência encontrada na PCAP para o País, sendo maior também que o verificado no Estado de São Paulo (39,7%).

A maior adesão das mulheres ao exame anti-HIV, principalmente na faixa etária entre 25 a 39 anos (79,6%) pode estar relacionada à oferta do diagnóstico durante o pré-natal, uma vez que esse procedimento é realizado rotineiramente pelas equipes de saúde, sobretudo nos serviços da rede de atenção básica que foram os mais procurados pelas entrevistadas, perfazendo 37,6% das respostas. Sabe-se que, tradicionalmente, por razões culturais e de assimetria de gênero a população feminina utiliza mais os serviços de saúde do que a masculina, especialmente para consultas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. A adoção de atitudes de prevenção geralmente é mais prevalente entre as mulheres, o que pode ser explicado em parte pelo processo de medicalização do corpo feminino. Em diversas Unidades Básicas de Saúde, o Papanicolau é realizado conjuntamente com a oferta do teste anti-HIV, o que também pode explicar a alta cobertura de mulheres diagnosticadas para o HIV na vida.

Quanto à alta porcentagem de mulheres adolescentes e adultas jovens que fizeram o teste anti-HIV na vida (58,5%), é possível que fenômenos crescentes, associados à gravidez na adolescência e às infecções por DST, possam ter contribuído para a solicitação do exame pelos profissionais da saúde, como referido anteriormente no caso do pré-natal. É importante lembrar

Gráfico 6. Distribuição percentual do local que procurou para tratamento de DST. Projeto Acesso – RMBS, 2007

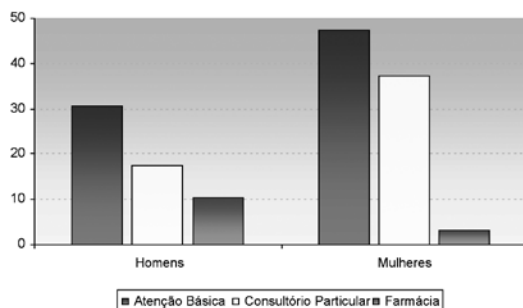
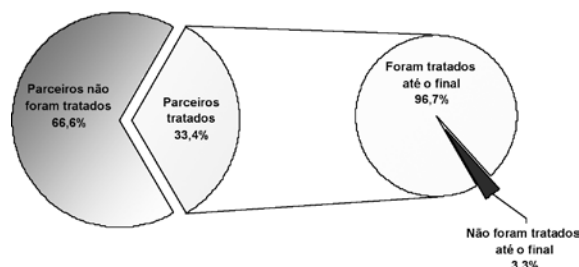


Gráfico 7. Porcentagem dos entrevistados que tiveram parceiros tratados e que fizeram tratamento até o final. Projeto Acesso – Região da Baixada Santista, 2007



que os profissionais devem considerar a oferta do exame quando da avaliação dos contextos de vulnerabilidade, especialmente nos casos de DST que aumentam o risco de infecção para o HIV.

Outra questão importante que corrobora para a vulnerabilidade feminina às DST/Aids, na dimensão programática, refere-se aos ciclos de vida e aos procedimentos que são disponibilizados às mulheres nos serviços de saúde. Em nossa sociedade, hegemonicamente, há uma relação equivocada entre vida sexual e reprodução, produtora de discursos e práticas de saúde baseadas na crença de que as mulheres com mais de 50 anos não são mais sexualmente ativas. Essa situação contribui para dificultar o acesso da população feminina aos meios de prevenção, entre eles o teste anti-HIV que muitas vezes não é oferecido ou é pouco ofertado pelos serviços para esse grupo. Esses fatores podem explicar a menor prevalência de mulheres testadas na Baixada Santista na faixa etária entre 40 a 54 anos (46%), em comparação com as demais, 58,5% e 79,6% para as faixas de 15 a 24 anos e 25 a 39 anos, respectivamente.

Nos últimos anos, os dados epidemiológicos do Programa Estadual DST/Aids revelam uma incidência crescente na notificação de casos de Aids na população feminina entre 50 a 59 anos, apresentando um coeficiente de incidência por 100.000 habitantes, no ano de 2005 de 13,4 superior inclusive a média estadual que foi de 11,4 (São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2007a). Assim, é fundamental que os serviços de saúde desenvolvam ações preventivas para esse grupo vulnerável, enfatizando a importância do diagnóstico precoce para o HIV. É relevante destacar que as mulheres mais velhas freqüentam menos os serviços de saúde e sua percepção sobre as

questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva é menor do que entre as mulheres mais jovens.

Constatou-se que uma parcela significativa de mulheres (27%) realizou o teste anti-HIV por solicitação de profissionais de consultórios particulares ou em laboratórios privados, o que pode ser explicado pela alta cobertura de planos de saúde na Região Metropolitana da Baixada Santista, que segundo dados da Pesquisa de Condições de Vida, da Fundação SEADE (2006), foi de 38,5%, sendo superior a encontrada na Região Metropolitana de São Paulo (36,8%) e no Estado de São Paulo (34,8%).

O inquérito domiciliar também apontou que nos municípios investigados, apenas 6,9% dos entrevistados procuraram os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que estão disponíveis em todas as cidades para realizar o exame anti-HIV. Considerando-se que esses serviços foram implantados para aumentar o acesso da população ao diagnóstico, especialmente dos grupos mais vulneráveis, é importante que os gestores e as equipes desses equipamentos, invistam em estratégias de divulgação, captação e acolhimento, seja para população em geral ou para segmentos prioritários, como por exemplo, as mulheres, especialmente aquelas com orientação heterossexual, de baixa renda e menor escolaridade.

Para além da alta cobertura da população testada para o HIV na RMBS, faz-se necessário discutir a baixa qualidade do processo de aconselhamento realizado pelos serviços de saúde na oferta do exame. Essa questão, também é reveladora da vulnerabilidade programática presente no cotidiano dos serviços de saúde nos municípios investigados. Os resultados apontam que, quase a metade dos entrevistados não recebeu orientações antes ou depois da realização

do teste anti-HIV (46,7%) no universo de respondentes que retornaram as unidades de saúde para buscar o resultado.

Foi possível constatar que a assimetria de gênero interferiu na oferta do exame acompanhado de aconselhamento, pois as orientações durante o pré-teste foram mais ofertadas aos homens (55,4%) do que as mulheres (45,6%), a despeito da sua maior aderência ao exame, especialmente na rede básica. Apesar da feminização da Aids ser um fato evidente desde a década de 90, os profissionais de saúde deixaram de oferecer orientações técnicas para mais de 50% das mulheres testadas, privando-as de refletir sobre sua vulnerabilidade ao HIV/Aids, bem como acessar meios para adoção de práticas sexuais mais seguras com seus parceiros.

Essa situação se repete no momento do pós-teste quando são discutidos o significado do resultado e os encaminhamentos para outros serviços da rede, caso necessário. Somente 38,2% das mulheres referiram ter recebido orientações específicas sobre o exame. Porém, isso se torna ainda mais grave, quando constatamos que 51,5% das mulheres testadas para o HIV, não receberam nenhum tipo de aconselhamento, seja no pré ou pós-teste.

Faz-se necessário enfatizar que os dados evidenciam a baixa qualidade da prática do aconselhamento associado ao diagnóstico do HIV na principal porta de entrada da rede de serviços – a atenção básica. Nesse contexto, pode-se inferir que há uma associação entre a oferta do exame anti-HIV sem aconselhamento e sua realização no processo do pré-natal, desrespeitando dessa forma, a Lei estadual 10.449 de 20 de dezembro de 1999, que instituiu a obrigatoriedade da oferta do anti-HIV e do VDRL para Sífilis com aconselhamento às gestantes no pré-natal.

É fundamental que os gestores municipais e suas equipes técnicas, nos serviços especializados, a exemplo dos CTA, realizem processos de educação permanente para os profissionais dessa rede no intuito de qualificar o aconselhamento pré e pós-teste durante a disponibilização do anti-HIV aos usuários. Da mesma forma é relevante que os serviços da rede básica procurem acessar os grupos de mulheres que estão mais expostas às DST/Aids em seu território.

A busca de tratamento para as DST pode ser considerada satisfatória, pois 89% dos entrevistados referiram acessar os serviços de saúde para essa finalidade, sendo mais mulheres (91,3%) do que homens (74,1%), conforme observado em outros estudos que apontam uma maior preocupação e decisão pelo tratamento da população feminina em relação à masculina.

O estudo indicou que a metade das mulheres acessou o tratamento nos serviços da rede básica e 37% nos consultórios particulares, provavelmente devido à alta cobertura de planos de saúde na RMBS como referido anteriormente. Entretanto, 3,2% das mulheres procuraram a farmácia, talvez por dificuldades de acesso na rede de serviços da atenção básica ou da rede especializada em DST/Aids. A escolha pela automedicação na maioria das vezes é ineficaz e desaconselhada.

Os entrevistados referiram que apenas 33,4% dos parceiros foram tratados para DST. Considerando que o tratamento do(a) parceiro(a) é um indicador da efetividade e da qualidade do tratamento das DST, pode-se verificar que esse não ocorreu a contento nos municípios investigados, na medida em que não acessou 66,6% dos parceiros, o que compromete a oportunidade de quebra da cadeia de transmissão. Entretanto, no universo dos entrevistados, cujos parceiros foram tratados para DST, quase todos (96,7%) finalizaram o tratamento. Faz-se necessário envidar esforços para ampliar as ações de prevenção primária e secundária para o controle das DST na RMBS, implementando a abordagem síndrômica na rede da atenção básica e a sua articulação com os serviços especializados em DST/Aids presentes em todos os municípios.

Conclusões

O estudo realizado na RMBS evidenciou que a população feminina teve acesso ao diagnóstico anti-HIV especialmente por meio dos serviços da rede de atenção básica, demonstrando a importância dessa estratégia para o enfrentamento da feminização da epidemia. No entanto, o acesso universal das mulheres ao diagnóstico ainda depende da sua ampliação para todas

as faixas etárias, especialmente as mulheres acima de 40 anos.

Também é preciso investir na qualificação das equipes de saúde, sobretudo das Unidades Básicas de Saúde e da Saúde da Família, responsáveis pelo processo de orientação e aconselhamento do exame anti-HIV.

No que diz respeito as DST, o tratamento dos parceiros configura-se como um desafio para a quebra da cadeia de transmissão, sendo fundamental implementar e consolidar o tratamento por meio da abordagem síndrômica e da busca ativa de parceiros.

Por fim, cabe destacar a importância da realização de inquéritos populacionais, seja no que diz respeito à produção de conhecimento sobre os serviços de saúde a partir da ótica da população, seja na sua utilização como instrumento de gestão com vistas a orientar o processo de tomada de decisão e planejamento das ações no Sistema Único de Saúde.

Agradecimentos

Agradecemos ao apoio das equipes das Secretarias Municipais de Saúde de Cubatão, São Vicente, Santos, Praia Grande e Guarujá, sem o qual não seria possível a realização desse estudo.

REFERÊNCIAS

- Barbosa RM, Villela WV. A Trajetória feminina da AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ; 1996. p.17-32.
- Bosquat A, Cohn A, Elias PEM. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In: Viana ALd'A, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 244-65.
- Bosquat A, Nascimento VB. A metrópole paulista e a saúde. São Paulo Perspect 2001;15(1):112-20.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. Brasília (DF); 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Programa Nacional DST/Aids, Plano Integrado de enfrentamento à feminização da epidemia da Aids e outras DST, 2007. [capturado em 10 Set 2008]. Disponível em: www.aids.gov.br
- Carr-Hill RA, Hardman G, Martin S, Peacock S, Sheldon TA, Smith P. A formula for distributing NHS revenues based on small area use of hospital beds. York: Centre for Health Economics, University of York; 1994.
- Departamento Regional Saúde da Baixada Santista. Grupo de Vigilância Epidemiológica – Santos. Situação Epidemiológica da Aids na Baixada Santista. [capturado em 9 Set 2008]. Disponível em: <http://br.geocities.com/expressos3g/situacaoepidaidsnabs.ppt>
- Frenk Mora J. El concepto y la medicion de accesibilidad / Concept of the accessibility measurement. Salud Publica Mex 1985 Set/Out;27(5):438-53.
- Fundação SEADE. São Paulo. Pesquisa de condições de vida, 2006. [capturado em 10 Set 2008]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/pcv/index.php>
- Parker R, Galvão J. Introdução. In: Parker R, Galvão J, organizadores. Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 7-15.
- Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A Aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. Rev Bras Epidemiol 2002;5(2).
- São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual DST/AIDS, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS – CVE. Bol Epidemiol AIDS 2007a;XXVI(1).
- São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual DST/AIDS, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS – CVE. Bol Epidemiol DST 2007b Dez;IX(1).
- São Paulo (Estado). Secretaria de Estado de Economia e Planejamento. Emplasa. Regiões Metropolitanas do Estado de São Paulo [capturado em 15 Set 2008]. Disponível em: www.emplasa.sp.gov.br/portalemplasa/infometropolitana/rmsp/rmesp.asp
- United Nations. Household sample surveys in developing transition countries. United Nations, New York, 2005. p. 149-230.
- Unglert CVS. The importance of accessibility in the planning of localization and size of health services. Rev Saúde Pública 1990;24(6):445-52.
-

Recebido em 15 de abril de 2008
Versão atualizada em 21 de maio de 2008
Aprovado em 25 de junho de 2008