

Um olhar do projeto de implementação do serviço de assistência especializada em infecção sexualmente transmissível

A look at the implementation project of the assistance service specialized in sexually transmitted infection

Una mirada al proyecto de implantación de un servicio de atención especializada en infecciones de transmisión sexual

 Adalia Lacerda Nitão Sobrinha¹,  Ana Elza Oliveira de Mendonça²
 Caroline Silva Fernandes de Sousa¹,  Leilane Cristina Oliveira Pereira³

Recebido: 22/02/2023 Aceito: 28/05/2023 Publicado: 14/07/2023

Objetivo: descrever o processo de criação de um Serviço de Assistência Especializada numa cidade do sertão nordestino. **Método:** relato de experiência de atividade desenvolvida entre abril a agosto de 2021 durante a residência multiprofissional. Utilizou-se, como base, o método de sistematização de Oscar Jara Holliday. **Resultados:** constatou-se a inexistência de um serviço multiprofissional para o cuidado às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, impactando de forma significativa no tratamento destes usuários. A partir disto, faz-se necessária a interiorização da assistência à saúde, visando atendimento integral aos pacientes. **Conclusão:** a elaboração do projeto foi alcançada, entretanto, a implementação aguarda a aprovação da proposta pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. A experiência contribuiu para a formação e, concomitante, serviu como reflexão para os profissionais acerca dos vazios assistenciais.

Descritores: Política de saúde; Sistema Único de Saúde; HIV; Psicologia Social.

Objective: to describe the process of creating a Specialized Assistance Service in a city in the Sertão Nordeste region of Brazil. **Methods:** experience report of activity developed between April and August 2021 during the multiprofessional residency. Oscar Jara Holliday's systematization method was used as a basis. **Results:** there is no multidisciplinary service for the care of people with Sexually Transmitted Infections/Acquired Immunodeficiency Syndrome, which significantly impacts the treatment of these users. From this, it is necessary to internalize health care, aiming at comprehensive care for patients. **Conclusion:** a project was elaborated, however, the implementation awaits approval of the proposal by the Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. The experience contributed to training and, at the same time, served as a reflection for professionals about the gaps in care.

Descriptors: Health policy; Unified Health System; HIV; Psychology, Social.

Objetivo: describir el proceso de creación de un Servicio de Atención Especializada en una ciudad del sertón del noreste de Brasil. **Método:** informe de experiencia de la actividad desarrollada entre abril y agosto de 2021 durante la residencia multiprofesional. Se utilizó como base el método de sistematización de Oscar Jara Holliday. **Resultados:** se constató la inexistencia de un servicio multiprofesional para la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, lo cual afecta significativamente el tratamiento de estos usuarios. A raíz de esto, se hace necesario implementar la asistencia sanitaria, con el objetivo de brindar una atención integral a los pacientes. **Conclusión:** se logró la elaboración del proyecto, no obstante, su implementación está pendiente de la aprobación de la propuesta por parte de la Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios. La experiencia contribuyó a la formación y, al mismo tiempo, sirvió como reflexión para los profesionales acerca de las deficiencias en la atención.

Descritores: Política de salud; Sistema Único de Salud; VIH; Psicología Social.

Autor Correspondente: Adalia Lacerda Nitão Sobrinha – aadaliacerda@gmail.com

1. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Escola de Saúde Pública da Paraíba, Cajazeiras/PB, Brasil.

2. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil.

3. Centro Universitário Santa Maria, Cajazeiras/PB, Brasil.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das políticas acerca do HIV/AIDS, no Brasil, foi compreendido em cinco momentos. A primeira fase, 1970 até 1982, anterior ao conhecimento da sociedade e das instituições públicas sobre o tema, e concomitante à reforma sanitária. No segundo momento, 1983 a 1986, há o aumento de casos e o reconhecimento, por parte do governo, como um problema de saúde pública, entretanto, não há resposta a nível nacional para ela, deixando tal resolução para os estados. Diante das manifestações, o Ministro da Saúde formulou o Programa Nacional de DST/AIDS, em 1985, legitimando-a como uma problemática emergente em saúde¹.

A terceira fase, 1987 a 1989, é a operacionalização do Programa, contudo, a coordenação nacional centralizou para si as ações, de modo a afastá-las dos programas estaduais e das Organizações Não-Governamentais, contudo, ao longo do tempo estas se fortaleceram ainda mais, desempenhando uma função importante nas discussões do Programa. Na sequência, houve uma resposta efetiva a nível nacional ao enfrentamento da epidemia². No quarto momento, 1990 a 1992, ocorre a dispensação gratuita de medicamentos. Já a fase de 1993 até 2007 é marcada por acordos internacionais, os quais são os responsáveis por proporcionar o financiamento de ações de enfrentamento ao HIV/AIDS¹.

Nesse sentido, compreende-se que, para ofertar um cuidado às pessoas com HIV/AIDS, é necessário envolver uma gama de serviços. E o Ministério da Saúde disponibiliza o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) e o Serviço de Atenção Especializada (SAE), dentre outros serviços³. Em se tratando do SAE, este trabalha no diagnóstico e acompanhamento dos indivíduos com ISTs e HIV/AIDS, por intermédio de uma equipe multiprofissional⁴.

Com o avançar das políticas e com vistas a proporcionar aos profissionais uma formação em serviço, o Ministério da Saúde criou, através da Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005, a Residência em Área Profissional da Saúde e constituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), iniciando o processo de regulamentação das residências⁵.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde busca unir saberes, proporcionar experiências nos contextos da rede de atenção à saúde e favorecer a criação de espaços reflexivos acerca da prática profissional⁶. Assim, este estudo tem como objetivo descrever o processo de criação de um Serviço de Assistência Especializada numa cidade do sertão nordestino.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa, cujas atividades foram desenvolvidas por intermédio da RMSC, vinculada à Escola de Saúde Pública da Paraíba, sendo o campo de atuação a Gerência Regional de Saúde, do município de Cajazeiras/PB.

A partir da inserção da residente no rodízio no setor da Unidade Dispensadora de Medicamento (UDM), passando a compreender as problemáticas que perpassam os usuários com HIV/AIDS, como também diante das discussões nas reuniões entre as residentes, apoio institucional e apoiadores regionais, constatou-se fragilidades no território, dentre estas, a necessidade de implementação de um SAE que possa ser referência para os municípios que formam a região, haja vista que há apenas um serviço deste como referência, o que demanda que os usuários tenham que se deslocar de um município para outro apenas para atendimento.

Nesse sentido, a equipe responsável pela criação desse projeto contou com a participação de: apoiadores regionais, apoio institucional, gerente, diretora administrativa, residentes, participantes do ensino e pesquisa do Hospital Universitário (HU) da região, diretoria e integrantes da área de atenção à saúde do HU. A experiência foi uma construção coletiva, entretanto, o objeto desse relato será a descrição dessa vivência a partir do olhar da residente, entre os meses de abril a agosto de 2021.

Partindo desse entendimento, houve o contato com a direção do hospital, tendo em vista que é nessa instituição que se encontravam os infectologistas que acompanhavam os usuários com IST/HIV/AIDS da região. O primeiro momento de construção se deu com uma reunião entre o apoio regional, residentes e funcionários do HU visando a articulação entre a gerência e o hospital, logo em seguida, houve o diálogo entre a governança do HU, funcionários da gerência e as residentes.

Ocorreram três reuniões, de forma remota, com aproximadamente vinte participantes representantes da Gerência Operacional das ISTs, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, como também membros da Direção Pedagógica e Administrativa do HU, com a participação das residentes; apoiadores regionais e apoiadora institucional, os quais foram convidados a estarem presentes nessas discussões através do compartilhamento de um *link* de acesso à chamada de vídeo, enviado por aplicativo de mensagem para os participantes acima citados.

No que tange ao primeiro encontro, buscou-se fortalecer a articulação do Hospital Universitário com a Gerência Regional; discutindo ações que pudessem ser realizadas por estes para ampliar o acesso da população às ações de saúde. Um segundo momento destinou-se a uma reunião de alinhamento com a participação dos entes empossados na nova governança

administrativa do HU e funcionários da gerência. Nesse sentido, ficou definido como um terceiro passo o encontro entre a Gerência Operacional de IST/AIDS, da SES, membros da Direção Pedagógica e Administrativa do HU, com a participação das residentes e apoiadores regionais e preceptoria visando articular a implantação do SAE.

Foi criado um grupo de trabalho com representantes dessas instituições para a construção do projeto, na qual, sua escrita se deu pela apoiadora da UDM e residentes, sendo enviado após a diretoria do HU para posterior encaminhamento à Empresa Brasileira de Serviços Hospital (EBSERH), haja vista que o HU é vinculado a essa empresa e as propostas de abertura de serviços devem ter seus projetos aprovados pela referida instituição. Até o momento, o projeto está em análise, aguardando a autorização da EBSEH para a implementação.

As fontes de dados dizem respeito ao portfólio, o qual pode ser considerado como uma espécie de diário de campo da residente, sendo um espaço para refletir a atuação e pensar estratégias para as problemáticas que surgem diante do seu contexto laboral. Também foram consideradas fontes as reuniões de planejamento da gerência, como também as discussões nos encontros com a preceptoria e residentes.

A experiência a ser relatada foi atividade desenvolvida na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC), vinculada à Escola de Saúde Pública da Paraíba. A RMSC, situada na terceira macrorregião de saúde visa a formação de sanitaristas, para a compreensão do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como enfoque uma ação alicerçada nas redes de atenção e na educação em saúde⁷.

A equipe de residentes, durante o ano de 2021 (primeiro ano da residência), esteve vinculada a Gerência Regional de Saúde, composta por vigilância epidemiológica, Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM), imunização e outros setores. Esta instituição é responsável por prestar suporte técnico-pedagógico aos municípios que compõem a região de saúde, de modo a fortalecer o processo de regionalização e gestão em saúde.

O estudo tornou-se pertinente, à medida que há apenas 1 (um) SAE para atender a III Macrorregião, demonstrando a necessidade de interiorização dos serviços; como também o aumento dos casos de HIV/AIDS - na Paraíba, entre os anos de 2018 até outubro de 2021, nos quais foram registrados 2.375 casos novos de HIV⁸.

Os dados foram analisados à luz do método de sistematização de Oscar Jara Holliday⁹, formado por ponto de partida, perguntas iniciais, recuperação do processo vivido, reflexão de fundo e ponto de chegada. O ponto é o ato de participação do sujeito na experiência e registro das vivências.

As perguntas iniciais foram o início da sistematização em si, devendo-se definir objetivo e eixo de sistematização e delimitar objeto. A recuperação do processo evidencia o caráter descritivo da experiência, em especial a reconstrução da história e classificação das informações. Já a reflexão é a análise crítica da vivência e o ponto de chegada é entendido como uma nova forma de chegar ao ponto de partida, acrescido de ordenação, reconstrução e olhar crítico das sistematizações¹⁰.

RESULTADOS

O ponto de partida foi por meio do rodízio no setor da UDM, sendo possível conhecer profundamente a realidade dos usuários e da rede, de modo a se deparar com dificuldades que estes enfrentam, dentre estas encontra-se a ausência de um serviço de caráter multiprofissional e especializado para o cuidado que a sua condição requer.

A residente questionou-se: *Quais as possíveis soluções para que esse público possa ser atendido de forma integral nas suas necessidades de saúde? É possível pensar em uma articulação intersetorial para a criação de um espaço específico para proporcionar um cuidado em saúde a esses usuários?*

A recuperação do processo vivido ocorre a partir do diálogo da residente com os usuários, os quais relatavam a dificuldade de deslocarem-se até outras cidades para realização de exames, como o de carga viral. Outros optaram por se deslocar de transporte particular, de modo a não fazer uso do tratamento fora do domicílio, com o receio de que pessoas tomem conhecimento da sua condição. A partir destes discursos, da inquietação da residente e das reuniões, constatou-se a necessidade de articulação para criação do projeto do SAE.

A reflexão de fundo perpassou pela necessidade de interiorização (ampliação) da saúde que traz benefícios para a adesão ao tratamento, também diminui o receio da quebra de confidencialidade, resguardado em lei, das informações relativas a sua condição. Também proporciona um cuidado integral, tendo em vista que tal condição necessita de um acompanhamento multiprofissional, haja vista que perpassa questões orgânicas, sociais, psicológicas, nutricionais entre outras.

O ponto de chegada foi a criação do projeto, com a participação do HU; gerência de saúde e gerência operacional da Secretaria Estadual de Saúde. As dificuldades dizem respeito a questão burocrática que, muitas vezes, perpassa a administração pública para implantação dos serviços, haja vista que há protocolos a serem seguidos e, nesse caso, foi seguido as orientações para criação, preconizados pela EBSERH, e após envio para a sede da empresa, que até o momento, não foi obtido o retorno para implementação.

Questiona-se não somente a burocracia que é uma característica dos serviços públicos, o qual, em certa medida, é necessário para evitar fraudes e garantir a transparência; entretanto, é trazido para reflexão a invisibilidade que, muitas vezes, esses pacientes vivenciam, em virtude da sua condição clínica, de modo a ter reflexos nas políticas públicas.

Também há invisibilidade das necessidades de saúde desses pacientes no que diz respeito à construção das políticas públicas, em especial no setor saúde, de modo a considerar, sobretudo, o caráter equânime inerente a estas necessidades, como também a essa população.

DISCUSSÃO

Como pontua o Ministério da Saúde¹¹ no Guia de Prevenção Combinada do HIV, a qual consiste na associação de ações de prevenção, ações de cunho comportamental, e que visa trabalhar estratégias para que os sujeitos possam evitar situações de risco e o elemento estrutural, que está ligada à transformação das estruturas sociais que envolvem os riscos e as vulnerabilidades ao HIV.

No tocante às intervenções estruturais, deve-se trabalhar a minimização das disparidades socioeconômicas, incentivo ao empoderamento e fortalecimento da estrutura do SUS¹¹. Tal entendimento corrobora o fato de que não se faz necessária somente a instalação de locais de atendimento, mas deve ser uma prática constante a efetivação dos direitos desses usuários nesses espaços.

Nessa linha de raciocínio, é possível se questionar acerca das dificuldades para implementação de políticas para esse público, com destaque à importância do movimento social e da articulação destes com outros atores, quer seja da gestão, da mídia e até políticos para que as pautas deste segmento possam serem colocadas em discussão e de fato alcança a implementação. Tal pensamento é corroborado em estudo¹² que aponta que o êxito do Programa Nacional de DST/AIDS no Brasil ocorreu, em grande parte, graças à diversidade de atores sociais envolvidos no combate à epidemia.

A partir do momento que diversos segmentos são inseridos na construção de políticas, suas necessidades são escutadas e levadas em consideração, conforme preconiza a Lei 8.142/90 acerca da participação social no SUS¹³. Entretanto, apesar de ser tópico na lei, ainda é uma luta constante para que a política envolva todos os atores sociais que dela se utilizam, deixando de ser uma atividade que conte apenas com a participação dos gestores e possam envolver todos os atores, contribuindo para que esta atividade não seja visualizada apenas por uma perspectiva burocrática e, em muitos momentos, executada apenas para cumprir requisitos para recebimento de recursos financeiros¹⁴.

A união entre o Estado e a sociedade no combate à AIDS, resgata o caráter da Reforma Sanitária, essa conjuntura associada à VII Conferência Nacional de Saúde, significativa por contar pela primeira vez com a participação social, que foram norteadoras para criação e implementação da política pública de saúde como uma conquista social, resultando em uma nova configuração do sistema de saúde no contexto brasileiro, de modo a possibilitar o acesso e a garantia, através de regulamento jurídico, ao direito à saúde aos cidadãos brasileiros¹⁵.

No Brasil, a resposta a nível federal ocorreu quando a doença já estava instalada, porém, não obstante, melhorias foram visualizadas ao longo do tempo, entretanto, os desafios ainda são inúmeros: diminuir o estigma da doença e potencializar a articulação das políticas com a sociedade. Estes desafios só serão superados à medida que as propostas de políticas levem em consideração necessidades biopsicossociais que estão envoltas na condição¹⁶.

Assim, é necessário a criação de espaços que trabalhem com a perspectiva de atuação que ultrapasse um atendimento baseado na lógica ambulatorial alicerçada no caráter biomédico, ainda hegemônico na conjuntura brasileira. O SAE se mostra como um serviço pautado na atuação multiprofissional baseada no diálogo e compartilhamento de informações para que as necessidades de saúde dos sujeitos não sejam vistas apenas como algo da ordem individual e orgânica, mas que envolvam elementos: sociais, psicológicos e outros.

CONCLUSÃO

O cunho burocrático inerente à administração pública dificulta, em certa medida, a efetivação do direito à saúde dos usuários, impactando de forma significativa no atendimento integral e equânime que estes necessitam, não permitindo que os princípios do SUS sejam aplicados de forma efetiva na prática, por isso se faz necessária que a luta pelo direito à saúde, e que este seja um tema nas discussões entre gestores, profissionais de saúde e sociedade.

Os ideais defendidos no início dos anos 1970 com a Reforma Sanitária precisam continuar sendo defendidos, debatidos e colocados em prática por todos os atores sociais, em especial os usuários, para a sua real operacionalização nas políticas públicas de saúde.

Deste modo, é importante a ampliação dos serviços de saúde para as regiões que se encontram distantes dos grandes centros urbanos, onde a oferta de serviços é maior, fazendo com que a descentralização e a regionalização, enquanto princípios do SUS, sejam de fato colocados em prática, proporcionando aos usuários (principalmente os que residem em regiões interioranas) um atendimento integral, equânime e resolutivo, conforme preconizam as leis orgânicas da saúde.

O projeto do SAE foi desenvolvido e a impossibilidade de implementá-lo concomitantemente com a parceria da equipe de planejamento, configurou-se numa limitação. Entretanto, este pode subsidiar a discussão de implementação de outros serviços semelhantes (também em outras regiões do país), tendo em vista que é descrito o passo-a-passo do projeto, como também as reflexões críticas que são inerentes e necessárias na formulação deste tipo de espaço.

A experiência da residente possibilitou um aprofundamento dos desafios enfrentados por esse público, como também proporcionou uma reflexão crítica acerca da assistência à saúde em municípios interioranos, principalmente no que tange a uma minoria ainda estigmatizada na sociedade.

A reflexão sobre o modo como as políticas públicas são pensadas para estes usuários se fez necessária, para que a luta pelo direito à saúde seja cotidiana e coletiva, envolvendo gestores, trabalhadores, usuários, movimentos sociais e a sociedade civil organizada. Portanto, constata-se que a vivência contribuiu para a formação da profissional psicóloga residente e, concomitante, serviu como reflexão para os demais profissionais acerca dos vazios assistenciais que permeiam essa temática.

REFERÊNCIAS

1. Marques MCC. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2002 [citado em 04 ago 2022]; 9(Supl 1):41-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/SJHgNdc3WBMKqNGfjKQvqfM/?format=pdf&lang=pt>
2. Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves MDS. Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. *DST J Bras Doenças Sex Transm.* [Internet]. 2007 [citado em 03 ago 2022]; 19(1):45-50. Disponível em: <https://www.bjstd.org/revista/article/view/712/624>
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Conjunta Nº 1, de 16 de janeiro de 2013. Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento [Internet]. Brasília, DF, 16 jan 2013 [citado em 08 out 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/poc01_16_01_2013.html
4. Vieira AS, Carneiro WS, Santos KRFN, Souza MB, Gonçalves CFG. Profissionais do SAE e as estratégias utilizadas no manejo de pacientes HIV/AIDS. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2020 [citado em 05 set 2022]; 3(3):5459-68. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/10842/9068>
5. Presidência da República (Brasil). Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2005 [citado em 8 out 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm
6. Silva CA, Araujo MD. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde Debate* [Internet]. 2019 [citado em 06 out 2022]; 43(123):1240-58.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9MkjpJphRF3RqWmb9bwRQxS/?format=pdf&lang=pt>

7. Regimento Interno do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva - RMSC. João Pessoa: [Escola de Saúde Pública da Paraíba]; jun 25: p. 1-25.

8. Secretaria de Estado da Saúde (João Pessoa, PB). Gerência Executiva de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids - Cenário Atual do Estado da Paraíba [Internet]. João Pessoa, PB: Secretaria de Estado da Saúde; 2021 [citado em 05 out 2022]. (1). Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/vigilancia-em-saude/boletim-hivaida-2021-1.pdf>

9. Holliday OJ. Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de la experiencia. Repositorio UDGVirtual [Internet] 2020 [citado em 05 ago 2022]: 1-17. Disponível em: <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/3845>

10. Holliday OJ. Por qué y para qué sistematizar las experiencias de extensión universitaria? Revista +E: Revista de Extensión Universitaria [Internet] 2019 [citado em 04 ago 2022]: 9(11):3-9. Disponível em:

<https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/publicaciones/index.php/Extension/article/view/8675/12146>

11. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia instrucional Viva Melhor Sabendo [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [citado em 08 out 2022]. 44p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_instrucional_viva_melhor.pdf

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_instrucional_viva_melhor.pdf

12. Almeida AIS, Ribeiro JM, Bastos FI. Análise da Política Nacional de DST/Aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. Ciênc Saude Colet. [Internet]. 2022 [citado em 03 out 2022]; 27(3):837-848. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/Pqb9fWrZ5yG45zbXyZj3PXQ/?format=pdf&lang=pt>

13. Ministério da Saúde (Brasil). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1990 [citado em 02 out 2022]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

14. Campos MESM, Lopes BJ, Martins S, Pinto TRGS, Aguiar CC. A governança pública na política de saúde nas capitais da região sudeste do Brasil. Diálogos Interdisciplinares [Internet]. 2020 [citado em 01 ago 2022]; 9(1):1-19. Disponível em:

<https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/855>

15. Galvão J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2000. 256p.

16. Souza WA, Santos AJT, Oliveira MLF. Trinta anos de avanços políticos e sociais e os novos desafios para o enfrentamento da Aids no Brasil. Rev Gest Saúde (Brasília) [Internet]. 2015 [citado em 01 ago 2022]; 6(1):487-500. Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2577/2300>

Editor Associado: Estefânia Maria Soares Pereira.

Conflito de Interesses: os autores declararam que não há conflito de interesses.

Financiamento: não houve.

CONTRIBUIÇÕES

Adalia Lacerda Nitão Sobrinha e **Caroline Silva Fernandes de Sousa** contribuíram na concepção, coleta e análise dos dados e redação. **Ana Elza Oliveira de Mendonça** colaborou na revisão. **Leilane Cristina Oliveira Pereira** participou da concepção e redação.

Como citar este artigo (Vancouver)

Nitão Sobrinha AL, Mendonça AEO, Sousa CSF, Pereira LCO. Um olhar do projeto de implementação do serviço de assistência especializada em infecção sexualmente transmissível. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2023 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 11(2):e6719. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

NITÃO SOBRINHA, A. L.; MENDONÇA, A. E. O.; SOUSA, C. S. F.; PEREIRA, L. C. O. Um olhar do projeto de implementação do serviço de assistência especializada em infecção sexualmente transmissível. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, MG, v. 11, n. 2, e6719, 2023. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Nitão Sobrinha, A.L., Mendonça, A.E.O., Sousa, C.S.F., & Pereira, L.C.O. (2023). Um olhar do projeto de implementação do serviço de assistência especializada em infecção sexualmente transmissível. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 11(2). Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso de inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons