

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
SERVIÇOS DE PROCEDÊNCIA DE CRIANÇA E
ADOLESCENTE VIVENDO COM HIV VINCULADOS
A UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Graziela Piovesan

Santa Maria, RS, Brasil

2015

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
SERVIÇOS DE PROCEDÊNCIA DE CRIANÇA E
ADOLESCENTE VIVENDO COM HIV VINCULADOS A UM
SERVIÇO DE REFERÊNCIA**

Graziela Piovesan

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de pós-graduação em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde. Linha de Pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula
Co-orientador: Prof. Dr. Luis Felipe Dias Lopes

Santa Maria, RS, Brasil

2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Piovesan, Graziela

Avaliação da atenção primária à saúde de serviços de procedência de criança e adolescente vivendo com HIV vinculados a um serviço de referência / Graziela Piovesan.-2015.

58 f.; 30cm

Orientadora: Cristiane Cardoso de Paula

Coorientador: Luis Felipe Dias Lopes

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Saúde da criança 2. Saúde do adolescente 3. Síndrome da imunodeficiência adquirida 4. HIV 5. Atenção primária à saúde. Enfermagem I. Paula, Cristiane Cardoso de II. Lopes, Luis Felipe Dias III. Título.

© 2015

Todos os direitos autorais reservados a Graziela Piovesan. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: grazielapiovesan@hotmail.com

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

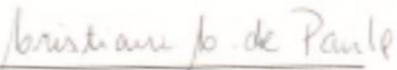
A comissão examinadora, abaixo assinada,
aprova a dissertação de mestrado:

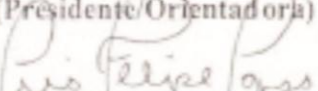
**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SERVIÇOS DE
PROCEDÊNCIA DE CRIANÇA E ADOLESCENTE VIVENDO COM
HIV VINCULADOS A UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA**


elaborada por
Graziela Piovesan

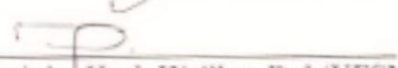
como requisito para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem.


COMISSÃO EXAMINADORA:


Cristiane Cardoso de Paula, Dr^a (UFSM)
(Presidente/Orientadora)


Luis Felipe Dias Lopes, Dr. (UFSM)
(Co-orientador)


Erno Harzheim, Dr. (UFRGS)


Teresinha Heck Weiller, Dr^a (UFSM)


Stela Maris de Mello Padoin, Dr^a (UFSM)

Santa Maria, 26 de março de 2015.

*Dedico este trabalho a professora e mãe Cleci, pelo seu amor...
Te amo!*

AGRADECIMENTOS

Passaram rapidamente estes vinte e quatro meses de mestrado em Enfermagem. Só eu sei o quanto significaram pra mim, olhar e ver o crescimento pessoal e profissional que tive.

Finalizo esta caminhada com muita gratidão.

*Primeiramente a **Deus** pela oportunidade da vida e por mais esta realização.*

*A mãe **Cleci**, pai **Jeronimo**, irmã **Glaucia** e irmão **Fernando**, obrigada pelo amor incondicional, pelo incentivo, orações, por serem meus ouvintes mais amorosos. Obrigada pelos sacrifícios que fizeram em razão da minha educação e dos meus sonhos os quais não foram poucos. Pela compreensão diante de minha ausência. Quanta saudade eu passei... Sem o apoio de vocês seria mais difícil. Faltam palavras para agradecer o quão importantes foram/são em minha vida.*

Eu amo vocês!

*Ao meu namorado **Juliano**, obrigada por compreender que a ausência era necessária. Pelo companheirismo durante estes anos, afim desta conquista, o carinho, a alegria e o amor.*

Te amo!

*A minha orientadora **Prof. Dr^a Cristiane Cardoso de Paula** meu exemplo de docente, pesquisadora e enfermeira. Obrigada pela paciência, por todos ensinamentos, oportunidades e acima de tudo o carinho que sempre teve comigo. Te admiro muito!*

*Ao meu co-orientador **Prof. Dr Luis Felipe Dias Lopes**, pela paciência, ensinamentos e disponibilidade para na análise dos dados.*

*A banca examinadora, **Prof. Dr. Erno Harzheim**, **Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller** e **Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin**, pelo carinho, disponibilidade e contribuições na realização deste trabalho. Sinto-me honrada com a presença de vocês!*

*A oportunidade de participar de um **Grupo de Pesquisa- Cuidado a Saúde de Pessoas, Famílias e Sociedade**, no qual fui acolhida e pude vivenciar a troca de experiências/conhecimento entre todos os integrantes, principalmente entre os que contribuíram para esta pesquisa.*

*A colega e amiga **Bibiana Sales Antunes**, parceria que deu certo e foi essencial nesta pesquisa, obrigada pela alegria permanente!*

*Às colegas do grupo de estudos **PCAtool**, pela dedicação, acreditação e construção do conhecimento nesta temática estudada.*

*A todos os gestores que aceitaram a realização desta pesquisa em seus municípios e a participação de todos os **profissionais**.*

*À **Universidade Federal de Santa Maria** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** por possibilitar que este sonho se tornasse realidade e contribuir para a minha qualificação profissional.*

***Gratidão** á todas as pessoas que contribuíram de alguma forma nesta trajetória!*

RESUMO

Dissertação de mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SERVIÇOS DE PROCEDÊNCIA DE CRIANÇA E ADOLESCENTE VIVENDO COM HIV VINCULADOS A UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

AUTORA: GRAZIELA PIOVESAN

ORIENTADORA: PROF^a DR^a CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

CO-ORIENTADOR: PROF. DR. LUIS FELIPE DIAS LOPES

Data e local da defesa: Santa Maria, 26 de março de 2015.

Objetivou-se avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios de procedência de crianças e adolescentes vivendo com HIV vinculados a um serviço especializado. Trata de uma pesquisa transversal, desenvolvida nos serviços de APS de 25 municípios de origem de crianças e adolescentes vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que fazem acompanhamento permanente no serviço ambulatorial de infectologia pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). A coleta de dados realizou-se por meio da aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão profissionais, entre março a agosto de 2014. Foi realizada a análise com Software SAS versão 9.3. A população totalizou em 527 profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos. Na avaliação dos atributos essenciais da APS, a longitudinalidade, coordenação sistemas de informação, integralidade serviços disponíveis e integralidade serviços prestados indicaram que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta alto escore para APS quando comparada a Unidade Básica de Saúde (UBS). O acesso de primeiro contato resultou em baixo escore. Quando comparadas ESF e UBS, os itens atendimento no mesmo dia e facilidade de marcação de consulta foram estatisticamente associados ao alto escore. Estratégias que qualificam a APS incluem: investimento na expansão da cobertura do serviço da ESF; investimento na capacitação dos profissionais para o atendimento de doenças crônicas como o HIV. Além da necessidade de articulação entre os serviços da APS, serviços especializados e demais serviços da rede de atenção à saúde, potencializando o acesso das crianças e adolescentes vivendo com HIV, bem como a atenção contínua e resolutiva.

Palavras-chave: Saúde da criança. Saúde do adolescente. Síndrome da imunodeficiência adquirida. HIV. Atenção primária à saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Post-Graduate Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL FOR CHILDREN AND TEENAGER'S ORIGIN HEALTH SERVICES LIVING WITH HIV LINKED TO A REFERENCE SERVICE

AUTHOR: GRAZIELA PIOVESAN

ADVISOR: CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

CO-ADVISER: LUIS FELIPE DIAS LOPES

Date and place of the defense: Santa Maria, March 26th, 2015.

The objective was to assess the quality of Primary Health Care (PHC) of municipalities origin of children and adolescents living with HIV linked to a specialized service. It is a cross-sectional survey, developed in the PHC service of 25 children home municipalities and adolescents living with Human Immunodeficiency Virus (HIV) that are continuously monitored in the outpatient pediatric infectious diseases at the University Hospital of Santa Maria (HUSM). Data collection took place through the application of PCATool-Brazil Professional version instrument, from March to August 2014. The analysis was carried out with SAS software version 9.3. The population totaled in 527 professional doctors, nurses and dentists. In the assessment of the essential attributes of the PHC, the longitudinality, coordination of information systems, integral services and integrity services indicated that the Family Health Strategy (FHS) has a high score for PHC when compared to Basic Health Unit (BHU). The first contact of access resulted in low scores. The FHS and BHU were compared resulting in items treatment on the same day and ease medical consultation marking were statistically associated with high scores. Strategies that qualify the PHC include: investment in the expansion of the FHS service coverage; investment in training of professionals for the care of chronic diseases such as HIV. Besides the need for coordination between the PHC services, specialized services and other health care network services, increasing access of children and adolescents living with HIV, and the ongoing and resolute attention.

Keywords: Child health. Adolescent health. Acquired immunodeficiency syndrome. HIV. Primary health care. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à saúde (APS)..... 15
- Figura 2** – Mapa do RS com os 25 municípios de procedência das crianças e adolescentes vivendo com HIV vinculados ao serviço ambulatorial de infectologia pediátrica do HUSM, 2010 18

LISTA DE TABELAS

Artigo

- Tabela 1** – Escore essencial da Atenção Primária à Saúde (APS) dos 25 municípios de procedência de crianças e adolescentes vivendo com HIV, na experiência dos profissionais de saúde. 2014. (N=527).....26
- Tabela 2** – Perfil sociodemográfico e de formação dos profissionais de saúde dos 25 municípios de procedência de crianças e adolescentes vivendo com HIV, de acordo com a avaliação de alto e baixo escore essencial da Atenção Primária à Saúde (APS). 2014. (N=527).....27
- Tabela 3** – Comparação dos escores dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), na experiência dos profissionais de saúde de dos 25 municípios de procedência de crianças e adolescentes vivendo com HIV. 2014. (N=527) ..28
- Tabela 4** – Escore do atributo Acesso de Primeiro Contato da Atenção Primária à Saúde (APS) dos 25 municípios de procedência de crianças e adolescentes vivendo com HIV, na experiência dos profissionais de saúde. 2014. (N=524).....28
- Tabela 5** – Comparação dos itens que compõe o atributo Acesso de Primeiro Contato segundo o tipo de serviço, dicotomizados em alto e baixo escore, na experiência dos profissionais de saúde dos 25 municípios de procedência de crianças e adolescentes vivendo com HIV. 2014. (N=524)29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|---|
| ABS/AB | – Atenção Básica à Saúde |
| AIDS | – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| APS | – Atenção Primária à Saúde |
| ESF | – Estratégia de Saúde da Família |
| HIV | – Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HUSM | – Hospital Universitário de Santa Maria |
| MS | – Ministério da Saúde |
| OMS | – Organização Mundial da Saúde |
| PACS | – Programa de Agentes Comunitários em Saúde |
| PCATool | – Primary Care Assessment Tool |
| PCPC | – Primary Care Policy Center |
| PEFAS | – Grupo de Pesquisa as Pessoas Famílias e Sociedade |
| PPGEnf | – Programa de Pós Graduação de Enfermagem |
| PSF | – Programa de Saúde da Família |
| RAS | – Redes de Atenção à Saúde |
| SAS | – Statistical Analysis System |
| SUS | – Sistema Único de Saúde |
| TARV | – Terapia Antirretroviral |
| UBS | – Unidade Básica de Saúde |
| UFRGS | – Universidade Federal do Rio Grande do Sul |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|---|----|
| Anexo A – Questionários de caracterização dos profissionais da APS | 43 |
| Anexo B – Instrumento PCATool-Brasil versão profissionais | 45 |
| Anexo C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 55 |
| Anexo D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido para profissionais da APS | 57 |
| Anexo E – Termo de Confidencialidade dos dados | 58 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| ARTIGO – Avaliação da Atenção Primária à Saúde de municípios de procedência de crianças e adolescentes vivendo com HIV: comparação dos atributos essenciais entre os diferentes tipos de serviço | 22 |
| Resumo | 22 |
| Introdução | 23 |
| Método | 24 |
| Resultados | 26 |
| Discussão | 29 |
| Conclusão | 32 |
| Referências | 33 |
| CONCLUSÃO | 36 |
| REFERÊNCIAS | 38 |
| ANEXOS | 42 |

INTRODUÇÃO

Ao longo do processo histórico-social da humanidade, diferentes definições de saúde e de doença emergiram. Segundo a Carta de Ottawa, produzida em 1986 durante a primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, o completo bem-estar físico, mental e social requer, por parte dos indivíduos e grupos, a identificação das aspirações, a satisfação das necessidades e modificação positiva do meio ambiente (BRASIL, 2002). Neste sentido, a saúde desvela-se influenciada por diversos fatores e seus determinantes, tais como alimentação, equidade, qualidade de vida, condições de renda, justiça social, ecossistema, educação e moradia (BADZIAK; MOURA, 2010).

Ao buscar compreender o movimento entre a saúde e a doença permeada pela cultura, tem-se também a singularidade de cada indivíduo, têm as crenças, valores, hábitos, ações, conhecimentos e significados pessoais e coletivos (SHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Apresenta-se como um episódio importante na década de 80, no Brasil, o surgimento da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Que no início, restringia-se a determinados grupos o grupo dos homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos e profissionais do sexo. De forma branda, em 1983, foram identificados os primeiros casos entre os profissionais da saúde e as mulheres. A infecção de mulheres em idade fértil ocasionou a transmissão vertical, resultando na incidência de AIDS entre as crianças. Na década de 90, houve uma transição do perfil epidemiológico resultando na heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia (SOUSA et al., 2012).

Hoje, a transmissão vertical, se configura na principal categoria de exposição em menores de 13 anos. Entre indivíduos com treze anos ou mais de idade, a principal categoria é a sexual. Em 2014, foram notificados 159 casos de AIDS em crianças menores de cinco anos, a maioria das quais da Região Sul, seguida pela Norte do Brasil (BRASIL, 2014).

A avaliação da representação da mortalidade por AIDS segundo faixa etária mostra que nos últimos anos vêm diminuindo em crianças menores de dez anos. No entanto, entre os jovens de 15 a 19 anos há um aumento significativo e entre os de 10 a 14 anos não há variação neste período. Espera-se com a notificação, intensificar as ações de intervenções e de prevenção ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a redução de morbimortalidade pelo agravo (BRASIL, 2014).

A infecção pelo HIV e o adoecimento pela AIDS se caracterizam desta forma como um problema de saúde pública (COSTA; VICTÓRIA, 2006), pois apresentam percentual endêmico e impacto na sociedade, consequência da morbidade e mortalidade e custos do tratamento (PADOIN et al., 2009).

Com a evolução da epidemia, os profissionais e pesquisadores transitaram do conceito de grupo de risco para o de vulnerabilidade à infecção (SOUSA et al., 2012). O conceito de vulnerabilidade visa reconhecer as diferentes suscetibilidades de indivíduos se expor a infecção pelo HIV ou adoecimento pela AIDS, ou seja, maior ou menor contato com a infecção e as chances de se defender dela. A vulnerabilidade pode ser compreendida em três planos interdependentes, quais sejam: individual, social e programático (AYRES, 1996; CALAZANS et al., 2006; SOUSA; MIRANDA; FRANCO, 2011).

Ao compreender-se que a infecção pelo HIV independe de grupos de risco, investiu-se na prevenção da transmissão e no tratamento dos já infectados. Para o tratamento, destaca-se o uso da terapia antirretroviral combinada (TARV) e da disponibilização de marcadores biológicos, como CD4 e carga viral (BRASIL, 2008).

Desde então, a adesão ao tratamento se destaca entre os maiores desafios da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV, uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, uso contínuo e constante de medicamentos, além da necessidade, por parte dos serviços, de arranjos e oferta de atividades específicas para avaliar e promover a adesão (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, a promoção da saúde pressupõe uma atenção individualizada e integral. Esta deve contemplar as diversidades regionais, culturais, sociais, os princípios igualitários e a descentralização dos serviços de saúde, com a implantação de programas e estratégias estaduais e municipais (VILLARINHO et al., 2013).

A criança e o adolescente vivendo com HIV precisa de cuidado permanente em serviços de saúde, visando à prevenção do adoecimento, a recuperação e/ou manutenção da saúde (PAULA et al., 2012).

Para uma assistência efetiva as crianças e adolescentes, destacam-se as questões de acesso, acolhimento, qualidade do atendimento, estabelecimento e manutenção do vínculo entre profissionais, criança e/ou adolescente e sua família (PAULA et al., 2012). Esta demanda assistencial acontece, normalmente, no serviço de especialidade, onde as crianças e os adolescentes mantêm acompanhamento ambulatorial (BRASIL, 2009). Ressalta-se que esta doença exige dos profissionais a experiência e do serviço de saúde a estrutura e tecnologia

adequada para acompanhamento clínico e laboratorial (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012).

Para haver segurança e compromisso na atenção à saúde, os serviços de especialidade e os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) devem atuar de maneira interdependente, pela importância da integração entre estruturas especializadas e mecanismos de assistência descentralizada (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A APS é caracterizada principalmente, pelos atributos essenciais e derivados (Figura 1), aos quais apontam a qualidade da APS (STARFIELD et al., 2000; BRASIL, 2010a).

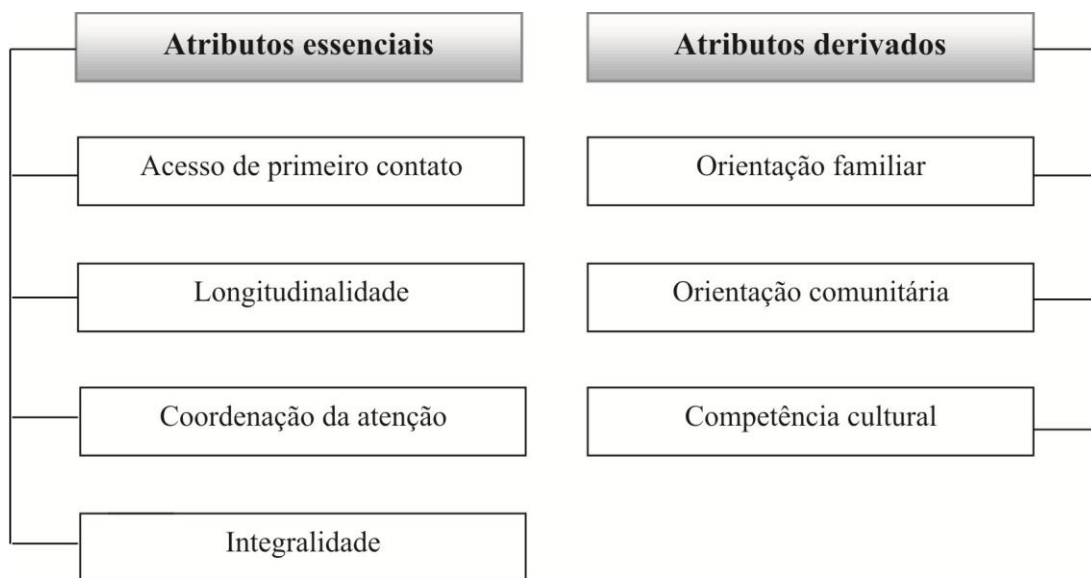


Figura 1 – Atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à saúde.
Fonte: Starfield, 2002; Brasil, 2010.

O primeiro contato tange o acesso e a utilização, ou seja, a população ter um serviço de saúde que responda a cada novo problema ou necessidade em saúde. A longitudinalidade se refere à atenção personalizada ao longo do tempo. A integralidade é a capacidade de lidar com todos os problemas de saúde. A coordenação do cuidado contempla a capacidade de coordenar as respostas às diversas necessidades que uma abordagem integral identifica, seja na equipe multidisciplinar, seja na atenção que os usuários recebem nos diversos pontos da rede de atenção à saúde (RAS). Esses atributos são complementados por características que deles derivam: orientação familiar e comunitária e competência cultural (MACINKO; ALMEIDA, 2007).

O Relatório de Dawson em 1920 foi um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de APS. O Brasil adotou o conceito de Atenção Básica à Saúde (ABS) como forma de construir uma identidade institucional própria, contrapondo-se a concepção redutora da

atenção primária seletiva, destinada às populações pobres. Então, o Ministério da Saúde (MS) considera Atenção Básica um sinônimo de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2011a; FONTENELLE, 2012, OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Nacionalmente, as primeiras experiências de APS são da década de 1970, mas foi a partir da década de 90 que houve investimentos nessa área, no sentido organizacional. Primeiramente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), objetivando minimizar iniquidades sociais e ampliar o acesso aos serviços de saúde primários. Com a 10ª Conferência Nacional de Saúde, implantou-se o Programa de Saúde da Família (PSF). No contexto de uma nova pactuação para desenvolvimento do SUS, foi estabelecido que o PSF fosse a estratégia prioritária do MS para organizar a AB (BRASIL, 2006).

Em 2011, nova publicação da Política de AB avança no sentido de compreendê-la como ESF, com abrangência nacional, considerando o trabalho em equipe a garantia da integralidade na atenção à saúde da população, como porta de entrada preferencial entre os serviços oferecidos (BRASIL, 2011b).

Uma forma de facilitar e ordenar a comunicação e integração de equipes de APS aos especialistas ou profissionais de saúde que trabalhem em hospital ou Centro de especialidade seria uma metodologia de trabalho chamada linha de cuidado. Esta é uma forma de fazer gestão da atenção à saúde, pois permite a articulação intersetorial, mudanças na legislação, atuação no financiamento das ações e na rede de serviços. Além disso, busca diminuir a fragmentação decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento. Assim, pode indicar possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007; MALTA; MERHY, 2010).

Para que a APS possa atuar na coordenação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), há a necessidade de fortalecê-la diante da interdependência entre os serviços do sistema de saúde. Sendo assim, os atributos da APS devem convergir para a consolidação de uma RAS, de modo a oferecer uma atenção resolutiva, equânime e de qualidade (BRASIL, 2010b).

O objetivo da RAS para Pessoas com Doenças Crônicas é a realização da assistência de forma integral em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, prevenção de agravos, redução de danos, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2010b). Cada ponto deve oferecer um cuidado diferente do outro, mas que deve se complementar (STARFIELD, 2002).

Portanto, as RAS deveriam estar organizadas por linhas de cuidado, com o objetivo de atender as determinadas doenças e/ou grupos de usuários prioritários do ponto de vista

epidemiológico. Essas linhas devem normatizar o processo de atenção à saúde nos pontos da RAS, cumprindo com a coordenação da APS (MENDES, 2011).

O conceito de Linhas de Cuidado é pensado para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É um delineamento que o usuário faz por dentro das RAS incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede. Os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita (MERHY et al., 2004; MALTA; MERHY, 2010).

É uma forma de articular recursos e assistência de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, para a condução ágil e singular, dos usuários ao diagnóstico e terapia. Esses fluxos são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, os quais são a APS, Unidades Ambulatoriais, domicílios e entre outros (MERHY et al., 2004).

A APS é vista como um espaço que, de forma simultânea, atende a demandas e organiza ofertas para grupos e indivíduos. Essas ofertas são a possibilidade de superar as ações dirigidas ao atendimento da chamada demanda espontânea (PAIM; TEIXEIRA; VILASBÔAS, 1998). Portanto, um serviço de APS deve se responsabilizar para além da demanda espontânea, nesse sentido a atenção à saúde da criança e do adolescente vivendo com HIV deve ser contemplada, sobretudo neste serviço.

Assim, a presente pesquisa, que enfoca a APS às crianças e aos adolescentes vivendo com HIV, justifica-se pelo panorama epidemiológico, clínico, social e político da atenção à saúde, no qual ainda permanecem desafios do cotidiano assistencial, que alcancem resultados almejados e fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Perante a possibilidade de recuperação/manutenção da saúde das crianças e dos adolescentes, evidencia-se a importância da atuação do enfermeiro, em conjunto com a equipe interdisciplinar.

Diante do exposto, destaca-se o **questionamento da pesquisa**: Qual a qualidade dos serviços de APS dos municípios de origem das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV que mantém acompanhamento ambulatorial permanente no serviço de especialidade de Santa Maria/RS/BR?

Sendo o **objeto de estudo**: presença e a extensão dos atributos essenciais da APS as crianças e aos adolescentes vivendo com HIV. **Como objetivo geral**: avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios de procedência de crianças e adolescentes vivendo com HIV vinculados a um serviço especializado.

Este estudo faz parte de um projeto Matricial “**Avaliação da Atenção Primária à Saúde das crianças e dos adolescentes com HIV**”, o qual pertence ao Grupo de Pesquisa as

Pessoas Famílias e Sociedade (PEFAS), coordenado pela pesquisadora Dra. Cristiane Cardoso de Paula.

A presente pesquisa possui delineamento transversal fundamentada na abordagem quantitativa. O levantamento dos municípios de procedência das crianças e adolescentes vivendo com HIV vinculados ao serviço especializado (aqueles que fazem acompanhamento permanente no serviço ambulatorial de infectologia pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM) indicou 26 municípios: Santa Maria; Cacequi; Julio de Castilhos; Restinga Seca; Santiago; São João do Polesine; São Pedro do Sul; Dilermando de Aguiar; São Martinho da Serra; São Sepé; Caçapava do Sul; Cachoeira do Sul; Tupanciretã; Alegrete; Quaraí; Uruguaiana; Maçambará; Santo Angelo; São Luiz Gonzaga; São Borja; Venâncio Aires; Coronel Bicaco; Palmeira das Missões; Redentora; Jaguari; Tenente Portela do Estado Rio Grande do Sul (RS), Brasil (Figura 1). Na etapa de autorização da secretaria de saúde, apenas um município não aceitou participar da pesquisa. Portanto, 25 municípios fizeram parte do estudo, sendo a coleta desenvolvida nos serviços de APS abrangendo Unidade Básica de Saúde (UBS) e ESF.

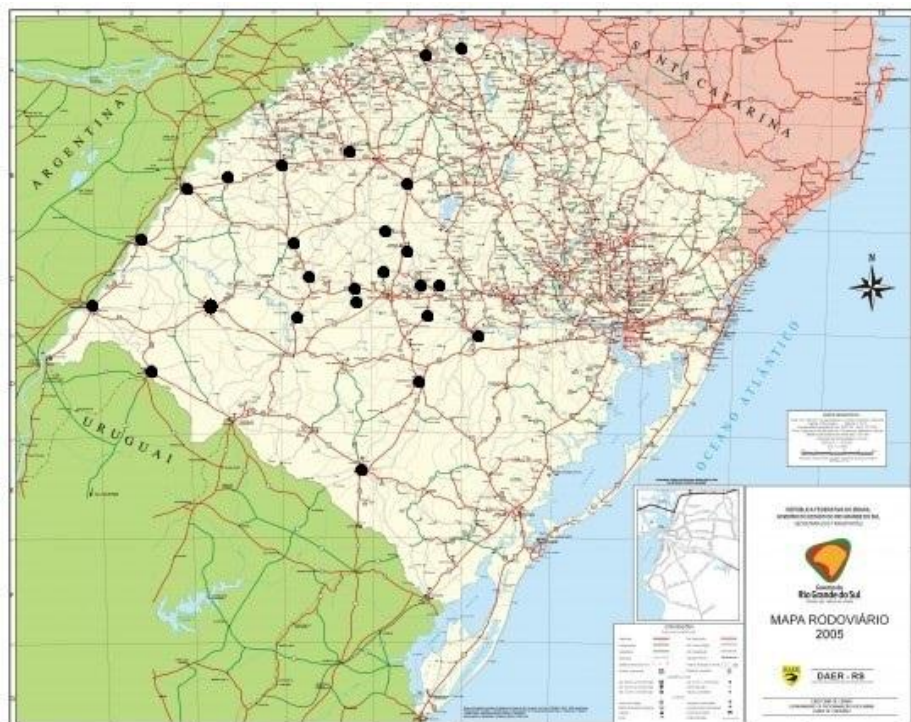


Figura 2 – Mapa do RS com os 25 municípios de procedência das crianças e adolescentes vivendo com HIV vinculados ao serviço ambulatorial de infectologia pediátrica do HUSM, 2010.

Fonte: <http://www.infoescola.com/mapas/mapa-rodoviario-do-rio-grande-do-sul/>, 2013.

A população totalizava 596 profissionais, dos quais 42 não atenderam aos critérios de inclusão (7,0%). Da população elegível, 554 profissionais, houve 12 recusas e 15 não foram encontrados, totalizando 27 perdas (4,9%). A população pesquisada foi de 527 profissionais, entre eles médicos pediatras, ginecologistas e clínicos gerais, enfermeiros e odontólogos.

Para aproximação do campo de estudo foi realizado contato com as Secretarias de Saúde dos municípios por telefone, explicado ao Secretário da Saúde sobre a proposta do estudo, o local de coleta de dados, garantindo que não acarretaria incentivo financeiro e nem prejuízos aos participantes que aceitassem participar voluntariamente. Após foi solicitada a autorização para coleta de dados.

Foi enviada via e-mail, para cada município do estudo, uma carta de apresentação, juntamente com a nota prévia “Avaliação da Atenção Primária à Saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS” (PAULA et al., 2013) e o Projeto Matricial.

A coleta de dados foi realizada no período de março a agosto de 2014 pela mestrande e auxiliares de pesquisa, previamente capacitados pela coordenadora da pesquisa. Foi utilizado um questionário para caracterização dos participantes, o qual apresentou as variáveis: data de nascimento; sexo; situação conjugal; formação acadêmica; ano de conclusão da faculdade; escolaridade; última pós-graduação; tempo de trabalho no serviço de saúde, se trabalhou em algum outro serviço de saúde, público ou privado e se atende ou atendeu criança e/ou adolescente vivendo com HIV (ANEXO A). Foi empregado o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) versão Profissionais (ANEXO B).

O PCATool foi criado na Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC) (STARFIELD et al., 2000; 2001; STARFIELD; XU; SHI, 2001) com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005). Este questionário avalia o quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da APS, a partir de respostas de profissionais de saúde (STARFIELD et al., 2000).

No Brasil, o instrumento PCATool foi validado e aplicado em amostra de base populacional, pela primeira vez em Porto Alegre/RS/BR (HARZHEIM et al., 2006a; 2006b).

O Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde do Brasil elaborou um manual para utilizar o instrumento do PCATool (BRASIL, 2010a). Mediante a validação, um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) o nomeou de Instrumento de Avaliação da APS (PCATool-Brasil).

A identificação de cada participante se deu da seguinte forma numérica: 1, 2, 3, sucessivamente, tanto no questionário como no instrumento utilizado. Deste instrumento foram retiradas as perguntas referentes à: F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12 e F13, por não

serem destinadas à população de crianças e adolescentes. O instrumento utilizado é composto por seis partes, da seguinte maneira: Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação – Integração de Cuidados; Coordenação – Sistema de Informações; Integralidade – Serviços Disponíveis; Integralidade – Serviços Prestados (BRASIL, 2010a). As respostas possíveis para cada item foram: “com certeza sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não”, “com certeza não” e “não sei/ não lembro”.

Para a inserção dos dados foi utilizado o programa Epi-info®, versão 7.0, com dupla digitação independente, para garantir a exatidão dos dados. Após a verificação de erros e inconsistências a análise dos dados foi realizada no programa Statistical Analysis System (SAS) versão 9.3. Foi utilizada a estatística descritiva, sendo que as variáveis categóricas serão expressas em frequência absoluta e relativa e as variáveis quantitativas serão expressas em média e desvio padrão ou mediana, mínimo, máximo e intervalo interquartil, de acordo com a simetria ou não dos dados, respectivamente.

A consistência interna dos componentes do PCATool-Brasil versão profissionais foi avaliada por meio do Alpha de Cronbach. O teste Kolmogorov-Smirnof foi utilizado para avaliar a normalidade dos dados. Os atributos e seus componentes foram analisados pelo cálculo de escores: por cada atributo e dos atributos essenciais.

Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo. Inversão dos Valores: O item A9 da versão Profissionais foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, este item teve seu valor invertido para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4). Após inversão dos valores, o escore para cada componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. Para transformar os escores em escala de 0 a 10 foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\frac{[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10}{4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})}$$

ou seja:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

O escore essencial foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividido pelo número de componentes: soma dos componentes dos atributos essenciais/número de componentes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em seus aspectos éticos e metodológicos com seres humanos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 466/2012 da Universidade Federal de Santa Maria, CAAE N° 12223312.3.0000.5346/2013 (ANEXO C). A autorização da secretaria da saúde de cada município do estudo foi encaminhada ao CEP/UFSM na solicitação de emenda. Diante do acordo do CEP, a coleta de dados foi realizada.

Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos profissionais da saúde (ANEXO D), seguindo o modelo indicado pelo conselho de ensino e pesquisa da UFSM. Foram apresentadas duas vias, permanecendo uma ao participante e outra a pesquisadora, constando a assinatura de ambos. Por meio deste e do Termo de Confidencialidade dos Dados (ANEXO E) foi garantido o caráter confidencial e o anonimato dos participantes. Os instrumentos e os termos foram guardados sobre a responsabilidade da pesquisadora responsável Dra Cristiane Cardoso de Paula, na sala 1336 do Departamento de Enfermagem da UFSM, no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) no campus da UFSM. Este local pertence ao núcleo de pesquisa do GP-PEFAS, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Após cinco anos serão destruídos.

Esta dissertação está organizada no formato de artigo, apresentado a seguir, a qual adotou a estrutura de formatação do periódico escolhido para submissão, *Journal of epidemiology and community health*.

ARTIGO:

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MUNICÍPIOS DE PROCEDÊNCIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV, NA EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE¹

RESUMO

Objetivo: avaliar, na experiência dos profissionais, a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) de municípios de procedência de crianças e adolescentes vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), as quais mantêm acompanhamento ambulatorial permanente em serviço especializado no Sul do Brasil. **Método:** Estudo transversal com 527 profissionais de saúde dos diferentes tipos de serviço público da APS de 25 municípios do interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no primeiro semestre de 2014. Utilizou-se o instrumento Primary Care Assessment Tool-Brasil, versão profissional. Para verificação das variáveis associadas ao alto e baixo escore foi utilizado o Teste do qui-quadrado de Pearson e a média e desvio padrão Teste de Mann Whitney. **Resultados:** Mostraram-se associados ao alto escore as variáveis: sexo (feminino), formação (clínico geral), vínculo com o serviço (estatutário), cargo no serviço (coordenador) e possuir outro emprego (não). Os atributos essenciais que indicaram que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta alto escore quando comparada a Unidade Básica de Saúde (UBS) foram: longitudinalidade, coordenação sistemas de informação, integralidade serviços disponíveis e integralidade serviços prestados. O acesso de primeiro contato resultou em baixo escore. Quando comparadas ESF e UBS, os itens atendimento no mesmo dia e facilidade de marcação de consulta foram estatisticamente associados ao alto escore. **Conclusões:** Na experiência dos profissionais de saúde, a ESF mostrou-se melhor estruturada para atender as necessidades de saúde de crianças e de adolescentes vivendo com HIV. Para qualificar a APS é fundamental ampliar a cobertura de ESF, além de superar as carências estruturais e organizacionais indicada pelo acesso de primeiro contato, o atributo essencial com menor escore.

Palavras chave: HIV, Atenção Primária à Saúde, Saúde da criança, Saúde do adolescente, Avaliação de Serviços de Saúde

¹ Artigo a ser submetido no periódico Journal of epidemiology and community health.

INTRODUÇÃO

A evolução da epidemia pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), no Brasil, reflete em um perfil de juvenização¹. Destaca-se que o investimento no Tratamento Antirretroviral (TARV)^{2,3} modificou o curso da epidemia, pelo impacto na morbimortalidade desta população, possibilitando que crianças e adolescentes vivendo com HIV vivam em um cenário de cronicidade^{3,4}.

Porém, os serviços de saúde no Brasil, estão estruturados para o manejo clínico das condições agudas⁴. Isso resulta na busca pela resolução dos problemas de saúde nos serviços de especialidade⁵. No entanto, para garantir que esta população receba melhor qualidade de atenção^{6,7} se faz necessário a integração de cuidados entre o serviço de atendimento especializado e da Atenção Primária a Saúde (APS)⁵.

A APS se configura como a melhor forma para organização da atenção à saúde, indicada como ponto preferencial de contato dos usuários, famílias e comunidade com o sistema nacional de saúde. Nestes serviços são ofertados os cuidados essenciais de modo integral no que tange a promoção da saúde, a redução de risco e/ou manutenção da saúde, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, assim como o tratamento e a reabilitação^{4,8}.

A APS pode ser definida como um conjunto indissociável de elementos estruturantes do sistema de serviços de saúde. Estes elementos são os atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade) que medem o potencial de capacidade e desempenho⁸⁻⁹.

O acesso de primeiro contato é composto pela acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou episódio de saúde¹⁰. A longitudinalidade, pressupõe a existência de uma fonte contínua de atenção e seu uso ao longo do tempo¹¹. A integralidade implica na disponibilização e prestação de assistência por meio de ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, para que o usuário obtenha os serviços que necessitar¹¹. A coordenação, que é a continuidade do atendimento pelo mesmo profissional ou então a disponibilidade de informações a respeito de seus problemas ou atendimentos anteriores^{8,9,12}.

No Brasil, a APS é composta por serviços de ESF e UBS. A ESF é indicada pelo Ministério da Saúde para a reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliação da APS. Sabe-se do impacto positivo da ESF sobre o sistema de saúde brasileiro, evidenciado por indicadores como menor mortalidade infantil e maior qualidade da atenção ao pré-natal e

à puericultura. Entretanto, ainda há um quantitativo maior de UBS, mesmo com a expansão da ESF por meio do número de equipes implantadas¹³.

Considerando que presença e a extensão dos atributos essenciais da APS que qualificam a atenção à saúde, o presente estudo tem por objetivo avaliar, na experiência dos profissionais, a qualidade da APS de municípios de procedência de crianças e adolescentes vivendo com o HIV, as quais mantêm acompanhamento ambulatorial permanente em serviço especializado no Sul do Brasil.

MÉTODO

Cenário do estudo, população e desenho

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido no período de março a agosto de 2014 com profissionais de saúde dos diferentes tipos de serviço público da APS (UBS e ESF) de 25 municípios do interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os quais foram elencados pela procedência de crianças e adolescentes vivendo com HIV que fazem acompanhamento permanente no serviço especializado, localizado no Hospital Universitário de Santa Maria/RS.

Os critérios de inclusão: médico, enfermeiro e odontólogo que atuassem na APS. Foram excluídos profissionais, que no período da coleta de dados, estavam em férias ou afastamento. A população totalizava 596 profissionais, dos quais 42 não atenderam aos critérios de inclusão (7,0%). Da população elegível, 554 profissionais, houve 12 recusas e 15 não foram encontrados, totalizando 27 perdas (4,9%). A população pesquisada foi de 527 profissionais, entre eles médicos pediatras, ginecologistas e clínicos gerais, enfermeiros e odontólogos.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por auxiliares de pesquisa previamente capacitados pela coordenadora da pesquisa.

Para caracterização dos profissionais foi utilizado um instrumento com variáveis sociodemográficas, sobre formação acadêmica e situação ocupacional (variáveis independentes). A avaliação da qualidade da atenção à saúde (variável dependente), neste estudo, é considerada como a presença e a extensão dos atributos essenciais da APS⁸. Para sua mensuração foi aplicado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) versão Profissionais¹⁴. Para aplicação do instrumento os profissionais foram orientados a respondê-lo com foco na atenção a saúde de crianças e/ou adolescentes vivendo com HIV. As respostas são em escala Likert, sendo “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim”

(valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). As respostas marcadas com “não sei/não lembro” foram consideradas “provavelmente não”¹².

Análise dos dados

Para a inserção dos dados foi utilizado o programa Epi-info®, versão 7.0, com dupla digitação independente, para garantir a exatidão dos dados. Após a verificação de erros e inconsistências a análise dos dados foi realizada no programa Statistical Analysis System (SAS) versão 9.3.

Para caracterização foram analisadas variáveis sociodemográficas: sexo (feminino, masculino), idade (em anos e dicotômica); variáveis de formação acadêmica: formação; tempo de formado (em anos; dicotômica), pós-graduação (APS e outras) e variáveis de situação ocupacional: unidade de trabalho (UBS e ESF), vínculo (celetista, estatutário e terceirizado), tempo de serviço (em anos; dicotômica), turno de trabalho (manhã, tarde e misto), outro emprego (sim e não), função neste serviço (sim e não), se atende /atendeu criança vivendo com HIV (sim, não e não sei), se atende /atendeu adolescente vivendo com HIV (sim, não e não sei).

Para análise do PCATool-Brasil, primeiramente, foram calculados os escores dos atributos essenciais da APS. Os valores que originalmente variam em escala de 1 a 4, foram transformados em escala contínua de 0 a 10, conforme a fórmula: escore de 0 a 10 do atributo $X = (\text{escore de 1 a 4 do atributo } X - 1) \times 10 / (4 - 1)$. Para avaliação, os escores foram dicotomizados segundo valores $\geq 6,6$ para alto escore e $< 6,6$ para baixo escore. Alto escore é definido como extensão satisfatória de cada atributo e baixo escore como insatisfatória de cada atributo¹².

A análise de confiabilidade do instrumento PCATool foi feita por meio de α de Cronbach (foram considerados indicadores de consistência valores $> 0,7$). As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa e as variáveis contínuas em média, desvio padrão quando apresentaram distribuição simétrica e em mediana e intervalo interquartil quando assimétricas.

Para comparação das proporções dos escores dicotomizados dos atributos da APS entre perfil sociodemográfico, de formação e situação ocupacional dos profissionais foi utilizado o Teste Qui-quadrado de Pearson. Para a comparação dos escores dos atributos da APS atribuídos pelos profissionais da APS, segundo o tipo de serviço (ESF ou UBS), utilizaram-se

os testes de Mann Whitney. Para todas as análises estatísticas, foi adotado o nível de significância de 5%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CAAE:12223312.3.0000.5346), segundo Resolução 466/12 vigente na época. Todos os profissionais que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram respeitando os preceitos éticos¹⁵.

RESULTADOS

Na avaliação da qualidade da APS pelos profissionais de saúde, o escore essencial da APS estimado pelo PCATool-Brasil resultou em 6,64 sendo um alto escore de orientação para a APS (Tabela 1).

Tabela 1 – Estatística descritiva do escore essencial da APS, na experiência dos profissionais de saúde de 25 municípios do RS, 2014. (N=527)

| Atributo da APS | Escore (0-10) | | | | | Alfa Cronbach |
|------------------|---------------|---------------|---------|--------|--------|---------------|
| | Média | Desvio Padrão | Mediana | Mínimo | Máximo | |
| Escore essencial | 6,64 | 1,02 | 6,66 | 2,77 | 9,15 | 0,83 |

Na associação entre alto/baixo escore e variáveis do perfil sociodemográfico e de formação dos profissionais, os itens com significância estatística foram: sexo majoritariamente do sexo feminino, apresentando alto escore; a formação profissional maior parte dos profissionais clínico geral, com alto escore; o vínculo no serviço sendo o maior percentual estatutários apresentando baixo escore; o cargo de trabalho do profissional como coordenador do serviço com alto escore; possuir outro emprego representando baixo escore (Tabela 2).

Tabela 2 – Perfil socioeconômico e de formação dos profissionais de saúde de 25 municípios do RS, de acordo com a avaliação de alto e baixo escore para o escore essencial da APS. 2014. (N=527)

| Variável | PCATool-Brasil | | | | P* |
|---|---------------------------------|-------|----------------------------------|-------|------------------|
| | Alto escore essencial (≥6,6) | | Baixo escore essencial (<6,6) | | |
| | n | % | n | % | |
| Idade | | | | | 0,387 |
| ≥30 anos | 53 | 10,06 | 54 | 10,25 | |
| <30 anos | 228 | 43,26 | 192 | 36,43 | |
| Sexo | | | | | 0,009 |
| Feminino | 195 | 37,00 | 144 | 27,32 | |
| Masculino | 86 | 16,32 | 102 | 19,35 | |
| Situação conjugal (n=526) | | | | | 0,125 |
| Casado/Convive com companheiro | 177 | 33,65 | 165 | 31,37 | |
| Solteiro | 81 | 15,40 | 54 | 10,27 | |
| Outro | 22 | 4,18 | 27 | 5,13 | |
| Formação | | | | | <0,001 |
| Clínico Geral | 102 | 19,35 | 72 | 13,66 | |
| Ginecologista | 15 | 2,85 | 23 | 4,36 | |
| Pediatra | 21 | 3,98 | 12 | 2,28 | |
| Enfermeiro | 100 | 18,98 | 67 | 12,71 | |
| Odontólogo | 43 | 8,16 | 72 | 13,66 | |
| Tempo de formado (n=526) | | | | | 0,109 |
| ≤15 anos | 155 | 29,47 | 119 | 22,62 | |
| >15 anos | 125 | 23,76 | 127 | 24,14 | |
| Pós-graduação | | | | | 0,275 |
| Não possui | 67 | 12,71 | 71 | 13,47 | |
| Residência | 52 | 9,87 | 52 | 9,87 | |
| Especialização | 153 | 29,03 | 113 | 21,44 | |
| Mestrado | 9 | 1,71 | 10 | 1,90 | |
| Conclusão da pós-graduação (n=390) | | | | | 0,103 |
| ≤6 anos | 121 | 31,03 | 84 | 21,54 | |
| >6 anos | 94 | 24,10 | 91 | 23,33 | |
| Formação complementar | | | | | 0,861 |
| Sim | 238 | 45,16 | 207 | 39,28 | |
| Não | 43 | 8,16 | 39 | 7,40 | |
| Vínculo com o serviço (n=526) | | | | | 0,029 |
| Celetista | 79 | 15,02 | 57 | 10,84 | |
| Estatutário | 198 | 37,64 | 178 | 33,84 | |
| Tercerizado | 3 | 0,57 | 11 | 2,09 | |
| Tempo de serviço (n=526) | | | | | 0,445 |
| ≤3anos | 147 | 27,95 | 120 | 22,81 | |
| >3anos | 134 | 25,48 | 125 | 23,76 | |
| Cargo no serviço (n=526) | | | | | 0,108 |
| Sim | 55 | 10,46 | 35 | 6,65 | |
| Não | 226 | 42,97 | 210 | 39,92 | |
| Qual cargo (n=87) | | | | | 0,087 |
| Responsável Técnico | 13 | 14,94 | 14 | 16,09 | |
| Coordenador | 40 | 45,98 | 17 | 19,54 | |
| Responsável ACS | 1 | 1,15 | 2 | 22,30 | |
| Possuir outro emprego | | | | | 0,027 |
| Sim | 134 | 25,43 | 141 | 26,76 | |
| Não | 147 | 27,89 | 105 | 19,92 | |

* Teste do qui-quadrado de Pearson

Na comparação dos atributos essenciais da APS entre os tipos de serviço avaliados, observou-se diferença significativa a favor da ESF: longitudinalidade (7,17); coordenação sistemas de informação (8,24); integralidade serviços disponíveis (7,17); e integralidade serviços prestados (7,66).

A respeito do atributo essencial coordenação integração de cuidados (7,03), notou-se diferença significativa a favor da UBS. Entre os atributos que receberam as piores avaliações tanto na UBS quanto na ESF destaca-se o acesso de primeiro contato (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação dos escores dos atributos essenciais da APS em relação à atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV, na experiência dos profissionais de saúde de 25 municípios do RS, 2014. (N=527)

| Atributos essenciais | Escore (0-10) | | | | | | | | | | P* |
|--|---------------|---------------|-------------|-------------|-------------|--------------|---------------|-------------|------------|----------|------------------|
| | UBS (n=270) | | | | | ESF (n= 257) | | | | | |
| | Média | Desvio Padrão | Mediana | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão | Mediana | Mínimo | Máximo | |
| Acesso de primeiro contato | 3,96 | 1,78 | 3,33 | 0,74 | 9,63 | 3,80 | 1,09 | 3,70 | 1,85 | 9,26 | 0,655 |
| Longitudinalidade | 6,74 | 1,34 | 3,67 | 3,08 | 10 | 7,17 | 1,24 | 7,18 | 4,10 | 10 | <0,001 |
| Coordenação de integração de cuidados | 7,03 | 1,51 | 7,22 | 1,67 | 10 | 6,87 | 1,50 | 6,67 | 2,22 | 10 | 0,164 |
| Coordenação de sistemas de informações | 8,19 | 1,87 | 8,89 | 0 | 10 | 8,24 | 1,50 | 8,89 | 3,33 | 10 | 0,502 |
| Integralidade de serviços disponíveis | 6,49 | 1,77 | 6,67 | 1,54 | 9,74 | 7,17 | 1,52 | 7,18 | 2,31 | 10 | <0,001 |
| Integralidade de serviços prestados | 6,37 | 2,77 | 6,67 | 0 | 10 | 7,66 | 1,96 | 8,00 | 1,33 | 10 | <0,001 |
| Escore essencial da APS | 6,47 | 1,10 | 6,53 | 2,77 | 9,15 | 6,82 | 0,88 | 6,86 | 4,6 | 9 | <0,001 |

*Teste de Mann Whitney

Na experiência dos profissionais da APS, o acesso de primeiro contato resultou em baixo escore sendo considerado aquém do ideal à qualidade da APS (Tabela 4).

Tabela 4 – Estatística descritiva do atributo Acesso de Primeiro Contato da APS, na experiência dos profissionais de saúde de 25 municípios do RS, 2014. (N=527)

| Atributo | Escore (0-10) | | | | | |
|----------------------------|---------------|---------------|---------|--------|--------|---------------|
| | Média | Desvio Padrão | Mediana | Mínimo | Máximo | Alfa Cronbach |
| Acesso de primeiro contato | 3,89 | 1,49 | 3,70 | 0,74 | 9,63 | 0,629 |

A Tabela 5 apresenta as características sociodemográficas, de formação e de situação ocupacional dos profissionais da APS dos 25 municípios do RS de acordo com a avaliação de alto e baixo escore do atributo acesso de primeiro contato.

Tabela 5 - Comparação dos itens que compõe o atributo Acesso de Primeiro Contato, dicotomizados em alto e baixo escore, segundo o tipo de serviço, na avaliação pelos profissionais de saúde de 25 municípios do RS, 2014. (N=524)

| Variáveis | PCATool-Brasil | | | | | | | | | |
|--|--------------------|-------|---------------------|-------|------------|--------------------|-------|---------------------|-------|------------|
| | UBS (N=270) | | | | | ESF (N=254) | | | | |
| | Alto Escore (≥6,6) | | Baixo Escore (<6,6) | | p - valor* | Alto Escore (≥6,6) | | Baixo Escore (<6,6) | | p - valor* |
| | N | % | N | % | | N | % | N | % | |
| Aberto sábado ou domingo (N=268) | 16 | 5,97 | 252 | 94,03 | <.0001 | 5 | 1,97 | 249 | 98,03 | <.0001 |
| Aberto pelo menos em alguns dias até as 20 horas (N=268) | 45 | 16,79 | 223 | 83,21 | <.0001 | 9 | 3,54 | 245 | 96,46 | <.0001 |
| Quando aberto alguém do seu serviço o atenderia no mesmo dia (N=268) | 173 | 64,55 | 95 | 35,45 | <.0001 | 190 | 74,80 | 64 | 25,20 | <.0001 |
| Quando aberto, aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário. (N=262) | 85 | 32,32 | 178 | 67,68 | <.0001 | 135 | 53,36 | 118 | 46,64 | 0,285 |
| Quando fechado, existe um número de telefone para contato (N=256) | 51 | 19,47 | 211 | 80,53 | <.0001 | 24 | 9,68 | 224 | 90,32 | <.0001 |
| Quando fechado nos sábados e domingos, atendimento naquele dia por alguém do serviço (N=264) | 28 | 10,57 | 237 | 89,43 | <.0001 | 7 | 2,77 | 246 | 97,23 | <.0001 |
| Quando fechado à noite atendimento naquela noite por alguém do serviço (N=266) | 27 | 10,11 | 240 | 89,89 | <.0001 | 10 | 3,95 | 243 | 96,05 | <.0001 |
| É fácil marcar consulta de revisão de saúde (N=268) | 132 | 49,25 | 136 | 50,75 | 0,807 | 168 | 66,14 | 86 | 33,86 | <.0001 |
| Esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pela enfermeira (N=268) | 68 | 25,37 | 200 | 74,63 | <.0001 | 42 | 16,54 | 212 | 83,46 | <.0001 |
| Atributo acesso de primeiro contato | 24 | 8,89 | 246 | 91,11 | <.0001 | 14 | 5,51 | 240 | 94,49 | <.0001 |

*Teste do Qui-quadrado de Pearson

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados apontaram que, na experiência dos profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos, os serviços de APS se mostraram satisfatórios (6,64) na atenção à saúde das crianças e adolescentes vivendo com HIV, considerando-se a avaliação geral dos atributos essenciais. Em outros estudos realizados com profissionais, a avaliação do escore essencial também apresentou bom resultado em consonância com APS^{16,17}.

Referente às características sociodemográficas dos profissionais entrevistados, evidenciaram maiores frequências de profissionais do sexo feminino que convergem com os resultados encontrados em outras pesquisas^{13,16}. A formação dos profissionais destacou-se: clínico geral, sendo semelhante ao perfil encontrado em estudo desenvolvido no sul do Brasil¹⁴.

Quanto ao vínculo de serviço, é divergente do estudo realizado em municípios do Vale do Taquari/RS, visto que não sendo estatutário o profissional tem um tempo de atuação reduzido no serviço¹⁸. No entanto, as variáveis possuir outro emprego e cargo coordenador não foram investigadas em outras pesquisas.

A ESF apresentou escores significativamente maiores do que os atributos da UBS em: “Longitudinalidade”, “Integralidade-serviços disponíveis” e “Integralidade- serviços prestados”. Estes resultados também foram identificados em outros estudos semelhantes^{16,13}. É um resultado positivo, pois para atenção a saúde de criança e adolescente vivendo com HIV

é preciso uma fonte regular de atenção que prime as ações de promoção e prevenção da saúde. A longitudinalidade, no Brasil, tem sido considerada característica central e exclusiva da APS¹⁹. Este atributo está relacionado à boa comunicação que tende a favorecer o acompanhamento do usuário, a continuidade e efetividade da atenção²⁰. Em contrapartida, a integralidade implica na oferta de serviços curativos e preventivos²¹ favorecendo a qualidade da atenção a crianças e adolescentes vivendo com HIV.

No presente estudo, os componentes “Coordenação-integração de cuidados” e “Coordenação-Sistemas de informação” apresentaram alto escore nos dois serviços, tendo sido o único atributo no qual não foi observada diferença significativa entre os serviços. Este resultado condiz com outros estudos que utilizaram o PCATool versão profissionais no Brasil^{16,13}. Um elemento que contribui para este atributo é o sistema informatizado, seja nos resultados de exames laboratoriais disponibilizados *on-line* no prontuário ou na marcação de consultas¹⁶.

No entanto, o acesso de primeiro contato foi o atributo com baixo escore tanto na UBS quanto na ESF. Observando outros estudos que utilizaram o PCATool, verificamos resultados convergentes tanto na experiência de profissionais como de usuários^{16,17}.

Quanto ao baixo escore da APS dos municípios de procedência das crianças e adolescentes vivendo com HIV, evidências similares foram encontradas em outros estudos realizados também com profissionais de saúde^{13,15-17}. Dentre estes, um estudo realizado em Chapecó/SC que apontou fragilidade quanto ao atributo acesso de primeiro contato (escore 3,6), indicou que deve se ter cautela ao se considerar apenas a experiência dos profissionais na avaliação¹⁶. No entanto, há estudos realizados com cuidadores de crianças (escore 5,4)²¹ e adultos (escore 3,8)²² que apresentam semelhança na avaliação deste atributo na APS. Estes resultados revelam que independente do ator social (profissional, adulto ou cuidador) o acesso de primeiro contato à APS tem sido avaliado de modo insatisfatório.

Estudo realizado em Minas Gerais corrobora com o achado da avaliação deste atributo e vincula as barreiras que dificultam o acesso das crianças ao serviço de saúde às particularidades desta população, como a vulnerabilidade biológica e social, e à prevalência do modelo curativista do sistema de saúde²¹.

Apesar de ter havido associação do atributo acesso de primeiro contato ao baixo escore tanto na UBS quanto na ESF, na comparação dos itens que o compõe, dicotomizado em alto e baixo escore segundo o tipo de serviço (UBS ou ESF), dois itens foram estatisticamente associados ao alto escore. Isto indica que, na experiência desta população, estes elementos são considerados disponíveis ou de fácil obtenção nos seus serviços de APS,

possibilitando o acesso ao serviço de saúde às crianças e aos adolescentes vivendo com HIV quando necessitam ou acham conveniente.

O primeiro item “quando aberto alguém do seu serviço atenderia o usuário no mesmo dia”, tanto na UBS como na ESF, aponta que grande parte dos profissionais acredita existir um equilíbrio entre o atendimento da demanda espontânea e da programada. A desproporção dessa demanda resulta, muitas vezes, em sobrecarga dos profissionais e dificulta a acessibilidade dos usuários aos serviços de APS.²³⁻²⁴ Estudo indica que ter uma enfermeira no serviço de APS pode favorecer a acessibilidade, visto que aumenta a disponibilidade de um profissional de saúde para possível resolução de demandas.²⁵

O segundo item “é fácil marcar consulta de revisão de saúde” obteve associação ao alto escore na avaliação do serviço de ESF, e evidencia que a maioria dos profissionais não atribuem dificuldades para o acesso a esta assistência nos serviços de saúde em que trabalham. Entretanto, estudos²⁶ relatam dificuldades neste item em razão: do número de vezes que o usuário procurou o serviço de saúde para conseguir atendimento²⁵; do sistema de agendamento tradicional²⁷, que por vezes resulta em fila e insatisfação²⁴; do grau de tolerância para consultas não agendadas²³; e da dificuldade para remarcação de consultas perdidas²⁸.

Por vezes, a oferta restrita de ações a determinado público desfavorece o acesso. Alguns serviços restringem o acesso na recepção por meio de cartazes sobre o número de vagas (por ordem de chegada e por dias específicos para o atendimento), a determinado grupo populacional, presença ou ausência do profissional²⁹ e priorização de agendamento para usuários vinculados às ações programáticas.²⁴ Entretanto, estudos relatam que o encaminhamento pelos agentes comunitários de saúde é uma estratégia que favorece o acesso à marcação de consultas nos serviços.^{24,27,29}

Por outro lado, as variáveis que obtiveram associação ao baixo escore, consideravam a disponibilidade da equipe para o atendimento ao usuário em horários fora do atendimento do serviço de saúde, como períodos noturnos e finais de semana. Porém, estas perguntas não correspondem a realidade da atenção a saúde no Brasil, refletindo a necessidade de ajuste no modelo de atenção, aumentando a disponibilidade de serviço ao usuário¹⁵. Sendo assim, este resultado é coerente com a estrutura organizacional dos serviços de saúde (rigidez dos horários de funcionamento e contrato de trabalho). Desta forma é necessário investimento na qualificação do acesso, permitindo a ampliação do horário de atendimento nos serviços da APS.¹⁶

O horário limitado de atendimento configura uma barreira²⁶ em ambos os serviços de APS e indica que o atendimento é centrado nas necessidades do serviço e não dos usuários.²⁸

A ampliação para o horário noturno facilita o acesso dos usuários trabalhadores²⁷ e pode aumentar o uso do serviço de APS.²⁸

Como uma modalidade assistencial alternativa para o acesso dos usuários ao serviço tem-se o atendimento domiciliar que pode ser proporcionado pelos serviços de APS. Dessa forma, garante o direito de atendimento àqueles que apresentam limitação ou impossibilidade.³⁰

Do mesmo modo, a oferta de contato telefônico também pode favorecer a acessibilidade, possibilitando o agendamento de consultas em curto prazo,³¹ e o acesso à atenção em áreas remotas.²⁵ Já o tempo de espera, desfavorece a acessibilidade, tanto o longo tempo de espera para a consulta no serviço quanto também o reduzido tempo da consulta com profissional de saúde.²⁸

O acesso é favorecido pela presença de ESF próxima ao usuário. A expansão da ESF viabilizou a prestação de ações em saúde a uma população anteriormente excluída possibilitando o uso oportuno e a qualificação do serviço.³² Destaca-se a importância de a comunidade adscrita conhecer o funcionamento e as estratégias de acesso ao serviço e reconhecer que está vinculada à determinada equipe de profissionais.³³ A ESF está, geralmente, organizada para oferecer maior flexibilidade de horário que as UBS, entretanto, ainda é baixa a sua cobertura.^{24,34}

A garantia da universalidade e do acesso aos serviços de saúde deve se dar a partir da perspectiva da integralidade a quem busca o Sistema de Saúde. Entretanto, observa-se a fragmentação do cuidado e a carência de comunicação entre os serviços de atenção à saúde no contexto da população vivendo com HIV⁵. No caso das crianças e adolescentes, estudo aponta que a APS era utilizada para as consultas e prescrições de rotina e a equipe especializada para os cuidados específicos ao HIV³⁵. Ainda é preciso investimento para um cuidado integral na APS de modo a atender às demandas específicas da condição sorológica e da fase de crescimento e desenvolvimento.

CONCLUSÃO

Como limitação aponta-se que este instrumento não é específico à população vivendo com HIV, impossibilitando a avaliação de peculiaridades. Além disso, é preciso ressaltar a possível ocultação de diagnóstico de soropositividade ao HIV por parte dos usuários que, por vezes, dificulta a identificação e a avaliação da atenção às demandas que poderiam ser resolvidas pelos profissionais da APS.

Na experiência dos profissionais, embora os atributos essenciais tenham se apresentado mais satisfatórios nos serviços oferecidos pela ESF (escore essencial), tanto a UBS quanto a ESF estão aquém do desejado no que se refere ao atributo acesso de primeiro contato. Faz-se necessário a adoção de estratégias apropriadas como a abordagem multiprofissional, descentralização da atenção e planejamento das ações realizadas pelos profissionais da APS e do serviço especializado. Ressalta-se a importância da demarcação das demandas que podem ser atendidas pelos serviços de APS e quando a criança e o adolescente vivendo com HIV precisam ser encaminhados a outro serviço de saúde.

Em relação ao atendimento no mesmo dia e a facilidade em marcar consulta, estes itens avaliados positivamente pelos profissionais em seus serviços, indicam que são considerados disponíveis ou de fácil obtenção nos serviços de APS em que trabalham. Entretanto, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, muitas vezes, impossibilitam a continuidade do cuidado, uma vez que distanciam os usuários dos serviços. Isso pode inviabilizar a construção do vínculo com os profissionais, o que prejudica a relação de confiança fundamental para a realização das intervenções em saúde.

Agradecimento

Este artigo faz parte de um projeto financiado pelo Programa de Pesquisa para o SUS e Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (PPSUS/FAPERGS) 2013-2014; pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); e por editais internos da UFSM: FIPE e PROIC-HUSM.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. [acesso em 15 de janeiro de 2015]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf.
2. Ribeiro AC, Paula CC, Neves ET, Padoin SMM. Perfil clínico de adolescentes que têm AIDS. *Cogitare Enferm* 2010; 15(2):256-62.
3. Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011;19(3):1-8.
4. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc* 2011; 20(4):867-74.
5. Palacio MB, Figueiredo MAC, Souza LB. O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde. *Psico* 2012; 43(3):350-67.

6. Vilarinho MV, Padilha MI, Berardinelli LMM, Borenstein MS, Meirelles BHS, Andrade SR. Políticas Públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. *Rev Bras Enferm* 2013; 66(2):271-7.
7. Duarte MSM, Silvino ZR. Acreditação hospitalar x qualidade dos serviços de saúde. *Rev Cuid. Fundam. Online* 2010; 2(Supl.): 182-5.
8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Brasília DF, 2002.
9. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* 2013; 66(spe):158-64.
10. Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. *Rev Rene* 2012; 13(2):332-42.
11. Braz JC, Mello DF, David YGM, Teixeira SA, Prado AS, Furtado MCC. Longitudinalidade e integralidade no cuidado a menores de um ano: avaliação de cuidadores. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2013; 46(4):416-23.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. – Brasília, DF, 2010. [acesso em 15 de janeiro de 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf.
13. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro 2013; 8(29):244-55.
14. Brasil. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. [acesso em 28 de novembro de 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res_0466_12_12_2012.html.
15. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29):294-303.
16. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro 2013; 8(29):285-93.
17. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre os diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(9):1772-84.
18. Medeiros CRG, Junqueira ÁGW, Schwingel G, Carreno LAPJ, Olinda MFLS. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):1521-31.
19. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* 2011;16(Supl. 1):1029-42.
20. Mello DF, Furtado MCC, Fonseca LMM, Pina JC. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. *Rev Bras Enferm* 2012;65(4):675-9.
21. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2011;11(3):323-34.

22. Araujo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Júnior HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciênc saúde coletiva*. 2014; 19(8):3521-32.
23. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev panam salud pública*. 2011;29(2):84-95.
24. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NDSPD, Uchoa ADC, Rocha PDM. Acesso e acolhimento na atenção básica: Uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(suppl. 1): S100-S110.
25. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann fam med*. 2008;6(2):116-23.
26. Ludeke M, Puni R, Cook L, Pasene M, Abel G, Sopoaga F. Access to general practice for Pacific peoples: A place for cultural competency. *J community med prim health care*. 2012; 4(2):123-30.
27. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(4):725-37.
28. Buetow S, Adair V, Coster G, Hight M, Gribben B, Mitchell E. Qualitative insights into practice time management: Does 'patient-centred time' in practice management offer a portal to improved access? *Br j gen pract*. 2002; 52 (485):981-7.
29. Lima WCMB, Assis MMA. Acesso restrito e focalizado ao programa saúde da família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. *Rev baiana saúde pública*. 2010; 34(3): 439-49.
30. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev saúde pública*. 2010; 44(6):1102-11.
31. Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC Fam Pract*. 2010;11(61): [15 pages].
32. De Souza MLP, Garnelo L. "É muito dificultoso!": Etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(suppl.1):S91-S99.
33. Vargas AMD, Ferreira EF, Mattos FF, Vasconcelos M, Drumond MM, Lucas SD. O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. *Saúde Soc*. 2011; 20(3):821-8.
34. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc*. 2011; 20(4):948-60.
35. Boulton M, Beck E, Walters S, Miller D. General practice and the care of children with HIV infection: 6 month prospective interview study. *BMJ* 1999; 319:232-5.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo apontaram, por meio da experiência dos profissionais, para necessidade de melhoria de alguns atributos da APS referente às práticas assistenciais na atenção à saúde das crianças e adolescentes vivendo com HIV. O atributo acesso de primeiro contato apontou entraves para qualificação da APS. Urge a necessidade de investimento na estrutura organizacional da atenção, para que os serviços de APS dos 25 municípios de procedência de crianças e adolescentes vivendo com HIV, exerça seu papel de porta de entrada na rede de atenção a saúde. A ESF demonstrou melhores resultados na avaliação quando comparada a UBS, retificando a expansão da cobertura deste modelo de serviço para qualificação da APS.

A avaliação da qualidade da atenção a saúde à esta população pode trazer benefícios à saúde, como redução da sua morbidade e mortalidade. Faz-se necessário a integração entre a APS e o serviço especializado, além do preparo destes profissionais para oferecer atendimento as doenças crônicas, em especial o HIV, com a finalidade de qualificar a atenção.

Por fim, este estudo apresentou contribuições para a tríade ensino, pesquisa, e prática assistencial. Para o ensino, a partir do conhecimento da realidade da APS destes 25 municípios, possibilita a ampliação de discussões acerca da atenção à saúde das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV, mais especificamente do cuidado de enfermagem. Desta forma, propõe-se a associação de teoria e prática para um direcionamento das atividades dos graduandos que contemple esta população e sua família de modo a fortalecer os atributos da APS. Sobretudo pelo serviço especializado às pessoas vivendo com HIV em Santa Maria pertencer a um hospital escola, o qual pertence a uma instituição de ensino que também tem como responsabilidade o aperfeiçoamento do ensino e a discussão da possibilidade de descentralização do serviço especializado para reestruturação do serviço de referência, a APS aos usuários.

Para a pesquisa, o investimento nesta temática foi convergente com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Aponta-se a necessidade de pesquisas, que visem avaliar os serviços de APS com foco no HIV, com familiares/cuidadores, gestantes, adultos e gestores, assim como em diferentes municípios e estados. Esta investigação assegura a qualificação do instrumento em pesquisas avaliativas em APS. Ressalta-se a contribuição para o grupo de pesquisa referente a ampliação e aprofundamento dos conhecimentos investigativos, assim como a contemplação em editais de financiamento de recursos que

possibilitou a execução do projeto matricial e a divulgação dos resultados em trabalhos científicos a nível nacional e internacional.

Para a assistência, a partir do reconhecimento das fragilidades evidenciadas nos atributos da avaliação da APS, acesso de primeiro contato, o qual deve ser porta de entrada dos serviços de saúde a esta população vivendo com HIV, necessita de investimento na ampliação do horário de funcionamento da APS e preparo do profissional para oferecer atendimento de forma organizada e resolutiva a esta população.

Diante desta análise situacional da APS dos 25 municípios pesquisados evidencia-se a possibilidade de articulação entre os serviços, permitindo que os cuidados às crianças e adolescentes vivendo com HIV sejam compartilhados em um sistema de redes de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. **O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser**. In: _____. HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes: vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas: São Paulo (SP): Ed eletrônica; 1996.

BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**. v. 3, n. 1, p. 2175-1323, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Leiº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF; 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 24 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011c**. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). Disponível em: <<http://www.mp.pi.gov.br/saude/attachments/PT%20GM%20MS%202027-2011%20ALTERA%20CH-Pt%20648/>>. Acesso em: 06 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm/>>. Acesso em: 06 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil**. – Brasília, DF, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2014.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010b**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acessado em: 01 de fev. de 2015.

CALAZANS, G. J. et al. **O conceito de vulnerabilidade**. In: PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.; SCHAURICH, D. F.; FONTOURA, V. A. (Org.) *Experiências Interdisciplinares em aids: interfaces de uma epidemia*. Santa Maria. Editora UFSM. p. 43-62, 2006.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007.

COSTA, J. S. D.; VICTORA, C. G. O que é “um problema de saúde pública”? **Rev Bras Epidemiol**. Brasília, v. 9, n. 1, p. 144-51, 2006.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care, 1966. **The Milbank quarterly**, United States, v.83, n. 4, p. 691-729, 2005.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Rev bras med fam comunidade**. Florianópolis. v. 7, n. 22, p. 5-9. 2012.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saude Publica**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-59, 2006a.

HARZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Serv. Res.** v. 6, n. 156, p. 1-7, 2006b.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; AS, P. K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health Policy Plan**. 2007.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. The path of the line of care from the perspective of non-transmissible chronic diseases. **Interface**. v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J. et al. (Org.) São Paulo: Hucitec, 2004. 296 p.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. esp., p. 158-64, 2013.

PADOIN, S. M. M. et al. **Crianças que têm HIV/AIDS e seus familiares/cuidadores: experiência de acompanhamento multidisciplinar**. Saúde, Santa Maria, v. 35, n. 2, p. 51-56, 2009.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, F. A.; VILASBÔAS, A. L. **Sus, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. IESUS, 1998.

PALACIO, M. B.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L. B. O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 43, n. 3, pp. 350-367, 2012.

PAULA, C. C. et al. Acompanhamento ambulatorial de crianças que tem HIV/AIDS: cuidado centrado na criança e na família. **R. Ciência, Cuidado e Saúde**. 2012.

PAULA, C. C. et al. Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 7, n. esp., p. 5051-5054, jul., 2013.

SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. G. C. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da aids após os anti-retrovirais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 455-62, 2006.

SOUSA, A. M. et al. **A política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura**. J Manag Prim Health Care, 2012.

SOUSA, P. K. R.; MIRANDA, K. C. L.; FRANCO, A. C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Rev. Bras. Enferm.**, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Brasília, DF, 2002.

STARFIELD, B. **Atención Primaria**: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia. Barcelona: Masson, 2001.

STARFIELD, B. et al. **Measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics.** United States. v. 105, 2000.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-75, 2001.

VILLARINHO, M. V.; PADILHA, M. I.; BERARDINELLI, L. M. M.; BORENSTEIN, M. S.; MEIRELLES, B. H. S.; ANDRADE, S. R. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 2, p. 271-7, 2013.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário de caracterização dos profissionais da APS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUACAO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

Projeto de pesquisa: Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS.

Objetivo do estudo: Medir a presença e a extensão dos atributos da APS às crianças e adolescentes com HIV/AIDS, segundo o instrumento PCATool-Brasil.

Pesquisadora responsável: Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula

Questionário de caracterização dos profissionais da APS

| | |
|---|---|
| Nº da entrevista: _____ | |
| Data da entrevista: ____/____/____ | |
| Entrevistador: _____ | |
| 1. <input type="checkbox"/> UBS _____ | |
| 2. <input type="checkbox"/> ESF _____ | |
| 3. <input type="checkbox"/> EACS _____ | |
| Cidade de coleta: <input type="checkbox"/> Santa Maria <input type="checkbox"/> _____ | |
| Nome do profissional: _____ | |
| P1 | Qual a sua data de nascimento? Data de nascimento: ____/____/____ (dia) (mês) (ano) |
| P2 | Qual o seu sexo? 1. <input type="checkbox"/> masculino 2. <input type="checkbox"/> feminino |
| P3 | Qual a sua situação conjugal? 1. <input type="checkbox"/> convive com esposo/ companheiro(a) 2. <input type="checkbox"/> solteiro(a) 3. <input type="checkbox"/> separado/divorciado/ viúvo(a) |
| P4 | Qual a sua formação? 1. <input type="checkbox"/> clínico geral 2. <input type="checkbox"/> ginecologista 3. <input type="checkbox"/> pediatra 4. <input type="checkbox"/> enfermeiro 5. <input type="checkbox"/> odontólogo |
| P5 | Quando você concluiu sua faculdade? Ano: _____ |
| P6 | Possui pós-graduação? 1. <input type="checkbox"/> não possui (pular para A8) 2. <input type="checkbox"/> residência: _____ 3. <input type="checkbox"/> especialização: _____ 4. <input type="checkbox"/> mestrado: _____ 5. <input type="checkbox"/> doutorado: _____ |
| P7 | Quando você concluiu sua última pós-graduação? Ano: _____ |
| P8 | Possui formação complementar (cursos, capacitação, etc..)? 0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim a)Qual? _____ |
| P9 | Qual o vínculo que você tem com este serviço? 1. <input type="checkbox"/> Celetista 2. <input type="checkbox"/> Estatutário 3. <input type="checkbox"/> Terceirizados |
| P10 | Há quanto tempo você trabalha neste serviço de saúde? _____ meses _____ anos |
| P11 | Qual seu turno de trabalho? 1. <input type="checkbox"/> Manhã 2. <input type="checkbox"/> Tarde 3. <input type="checkbox"/> Noite 4. <input type="checkbox"/> Misto |
| P12 | Você tem algum cargo neste serviço? 0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim a)Qual? _____ |

| | | |
|-----|--|---|
| P13 | Você trabalha em algum outro serviço de saúde, público ou privado? | 0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim |
| P14 | Você atende/atendeu criança HIV/AIDS? | 0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim 2. <input type="checkbox"/> não sei |
| P15 | Você atende/atendeu adolescente HIV/AIDS? | 0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim 2. <input type="checkbox"/> não sei |

Conforme a resposta P14 e P15, oriente o entrevistado da seguinte forma:

- Se você respondeu que **atende** criança/adolescente HIV/AIDS, por favor responda as perguntas seguintes
- Se você respondeu que **não atende** criança/adolescente HIV/AIDS, por favor considere que, muitas vezes, essas crianças e adolescentes buscam atendimento nas unidades básicas sem revelar a condição sorológica. Nesse sentido, responda as perguntas seguintes, considerando a possibilidade deste atendimento nesta Unidade.

ANEXO B – Instrumento PCATool-Brasil versão Profissionais

| A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção: | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/ não lembro |
| A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| A2 – Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20hs? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| A6 – Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| B – LONGITUDINALIDADE | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção: | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/ não lembro |
| B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/não lembro |
| C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção: | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/não lembro |
| D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

| E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção: | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/não lembro |
| E1 – Aconselhamento nutricional. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E2 – Imunizações. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E4 – Avaliação da saúde bucal. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E5 – Tratamento dentário. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| <u>Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?</u> | | | | | |
| E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas). | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

| Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| E9 – Sutura de um corte que necessita de pontos. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E11 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar). | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E12 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E13 – Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido). | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS | | | | | |
| Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção: | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/não lembro |
| F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--|
| F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| <u>Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?</u> | | | | | |
| F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperado para cada faixa etária. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| G – ORIENTAÇÃO FAMILIAR | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção: | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/ não lembro |
| G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção: | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/não lembro |
| H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?

H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

4 3 2 1 9

H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?

4 3 2 1 9

H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).

4 3 2 1 9

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS

Pesquisador: CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12223312.3.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 183.572

Data da Relatoria: 08/01/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto bem fundamentado e delineado que visa avaliar o quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da atenção primária em saúde em crianças e adolescentes portadores de vírus HIV, com SIDA definida ou não. Este é um estudo transversal que avaliará um questionário padronizado (PCATool-Brasil versão Criança e versão Profissionais) em crianças, adolescentes e profissionais de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Medir a presença e a extensão dos atributos da APS às crianças e aos adolescentes com HIV/AIDS, segundo o instrumento PCATool-Brasil versão Criança e versão Profissionais

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão muito bem descritos no projeto e são eles: A)Riscos, a participação nesta pesquisa poderá representar um risco mínimo de ordem física ou psicológica para o entrevistado. B)Benefícios, indiretos, maior conhecimento sobre o tema abordado, com possibilidade de melhora no atendimento de saúde a criança e ao adolescente com HIV/AIDS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta bem fundamentada e delineada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 08 de Janeiro de 2013

Assinador por:

**Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)**

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº do instrumento: _____

Título da pesquisa: Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS.

Objetivo do estudo: Medir a presença e a extensão dos atributos da APS às crianças e adolescentes com HIV/AIDS, segundo o instrumento PCATool-Brasil.

Pesquisador(es) responsável(is): Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde; Estratégias de Saúde da Família.

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. A concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição profissional na Unidade de Saúde em que você trabalha e você poderá, a qualquer momento, desistir da pesquisa. **Procedimentos:** Sua participação compreenderá responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção à saúde prestada no seu serviço de saúde, que irá compor um banco de dados de pesquisa. A entrevista será realizada no seu ambiente de trabalho e contamos com cerca de 40 minutos da sua atenção. **Benefícios:** Esta pesquisa ampliará com o conhecimento no tema saúde da criança/adolescente vivendo com HIV/AIDS. Espera-se contribuir para as ações desenvolvidas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e no acompanhamento específico da condição sorológica, no sentido de, a partir desse diagnóstico situacional da APS apontar as possibilidades de articulação entre os níveis de atenção à saúde para promover o acesso e a adesão ao tratamento. **Riscos:** este estudo acarretará riscos mínimos, de ordem física ou psicológica (como cansaço e desconforto) para o entrevistado. Por isso, o coletador suspenderá a entrevista imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do participante. O pesquisador responsável assume a responsabilidade de oferecer assistência ao participante referente aos danos decorrentes, através do acesso à equipe de saúde que o participante pertencer, para intervir e auxiliar na situação. **Sigilo:** O pesquisador responsável garante que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa do conteúdo individual de sua entrevista será divulgado.

Eu _____, fui informado dos objetivos da pesquisa de maneira clara, detalhada e livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção. Recebi informações a respeito do método que será utilizado. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui informado da garantia de que não serei identificado quanto da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados a este projeto de pesquisa. Em caso de dúvidas sobre esta pesquisa, estou ciente de que poderei telefonar para o pesquisador.

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do profissional de saúde

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do entrevistador

_____ Telefone: (55) 32208938 ou (55) 99993282

Dra Cristiane Cardoso de Paula - pesquisador responsável

ANEXO E – Termo de Confidencialidade

Título do estudo: Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS.

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS) – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 32208938 ou (55) 99993282.

Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos profissionais cujos dados serão coletados em forma de entrevista com aplicação de questionário PCATool-Brasil, versão Profissionais. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e composição de um banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Os instrumentos e os TCLE serão guardados por cinco anos na sala 1336 do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) no Campus da UFSM, núcleo de pesquisa do Grupo de pesquisa: “Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade” (GP-PEFAS), cadastrada no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a guarda da pesquisadora responsável deste projeto Dra Cristiane Cardoso de Paula. Após esse período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em janeiro de 2013, com o número do CAAE 12223312.3.0000.5346.

.....dede 20.....

.....

Assinatura do pesquisador responsável