



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

**ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS
DE PROCEDÊNCIA DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV VINCULADOS
A UM SERVIÇO ESPECIALIZADO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Bibiana Sales Antunes

Santa Maria, RS, Brasil

2015

**ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE PROCEDÊNCIA
DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV
VINCULADOS A UM SERVIÇO ESPECIALIZADO**

Bibiana Sales Antunes

Dissertação de mestrado apresentado 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 parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula

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).

Antunes, Bibiana Sales

Orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde dos municípios de procedência de crianças e adolescentes vivendo com HIV vinculados a um serviço especializado / Bibiana Sales Antunes.-2015.

81 f.; 30cm

Orientadora: Stela Maris de Mello Padoin

Coorientadora: Cristiane Cardoso de Paula

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. HIV 4. Síndrome da imunodeficiência adquirida 5. Atenção primária à saúde. Serviços de saúde I. Padoin, Stela Maris de Mello II. Paula, Cristiane Cardoso de III. Título.

© 2015

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

E-mail: bibianaantunes@hotmail.com

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

A comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE PROCEDÊNCIA DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV VINCULADOS A
UM SERVIÇO ESPECIALIZADO**

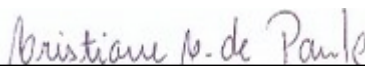
Elaborada por
Bibiana Sales Antunes

como requisito para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA:



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



Cristiane Cardoso de Paula, Dr^a (UFSM)
(Coorientadora)



Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz, Dr^a (UNIJUÍ)



Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dr^a (UFSM)

Santa Maria, 02 de abril de 2015.

AGRADECIMENTOS

“Mais do que máquinas precisamos de humanidade.

Mais do que inteligência precisamos de afeto”

Charlie Chaplin

A Deus, que guiou meus passos e nunca deixou que eu desistisse do meu objetivo e em todas as horas que fraquejei foi ele que me segurou e me disse: “Tudo é possível, siga em frente!”.

A minha mãe, amiga de todas as horas, que me ensinou as primeiras lições sobre cuidado, sensibilidade e respeito pelo ser humano. Obrigada pelo incentivo e apoio em todos os momentos dessa caminhada. Devo tudo a você, hoje a vitória é nossa, obrigada por tudo!

Aos meus avós Maria Elvira Oliveira Sales e Salles Martins de Sales pelas orações a meu favor, pela preocupação para que estivesse sempre andando no caminho correto.

Ao meu namorado Matheus Cardoso Brum por me incentivar constantemente e por estar do meu lado em todos os momentos, me parabenizando, ajudando ou consolado. Tu moras no meu coração a tempos!

À minha orientadora Prof^ª. Dra. Stela Maris de Mello e coorientadora Prof^ª. Dra. Cristiane Cardoso de Paula, que acreditaram em mim, compartilhando conhecimentos e experiências que transcendem as relações profissionais. Agradeço pelas orientações, pela amizade, sugestões e compreensão além-dissertação. Quero expressar o meu reconhecimento e admiração pela competência profissional e pela forma humana que conduziram minha orientação.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, que me fizeram crescer e acreditar que os sonhos tornam-se realidades. Cada um tornou-se um pedaço de mim, e mesmo que apenas em lembranças, caminharão ao meu lado sempre.

Aos colegas de mestrado pelos momentos de trocas de experiências e aprendizado proporcionado, pelo carinho e amizade.

À minha amiga e companheira de todas viagens Graziela Piovesan por estar ao meu lado nos momentos bons e ruins. A paciência e a ansiedade nunca foram tão unidas. Nossos esforços valeram por tudo!

Aos aventureiros coletadores do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade, vocês fazem parte desse estudo! Obrigada pelo companheirismo e dedicação!

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade pelas amizades e conhecimentos.

*A todos profissionais da Atenção Primária à Saúde por disponibilizarem tempo pra contribuir com o estudo e também por mostrar a realidade da saúde em diferentes cidades.
Vocês foram essenciais!*

Aos meus amigos por compreenderem meus momentos de cansaço, irritação e ausência, me apoiando com paciência e companheirismo. Vocês se fizeram presentes nessa fase tão importante dando apoio e carinho. Vocês são muito especiais!

À Banca Examinadora, por aceitar o convite, e fazer parte desta etapa tão importante para este estudo.

A todos que direto ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE PROCEDÊNCIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV VINCULADOS A UM SERVIÇO ESPECIALIZADO

AUTORA: BIBIANA SALES ANTUNES

ORIENTADORA: PROF^a DR^a STELA MARIS DE MELLO PADOIN

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

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 02 de abril de 2015.

As crianças e adolescentes vivendo com HIV preocupam os profissionais da saúde uma vez que são vulneráveis devido ao processo de crescimento e desenvolvimento e a especificidade da condição de saúde, que demandam atenção voltada a fragilidade clínica e aos cuidados cotidianos e permanentes. Entende-se que o acompanhamento dessa população pode acontecer em serviços da Atenção Primária à Saúde, os quais são preferenciais como porta de entrada no sistema de saúde e que visa a prontidão e resolutividade. **Objetivo:** avaliar os atributos orientação familiar e orientação comunitária da Atenção Primária à Saúde dos municípios de procedência das crianças e adolescentes vivendo com HIV, na experiência dos profissionais. **Metodologia:** pesquisa avaliativa com delineamento transversal. A população do estudo contemplou profissionais de Estratégia Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde: enfermeiros, médicos ginecologistas, clínicos, pediatras e odontólogos, em 25 municípios de procedência das crianças e adolescentes vivendo com HIV que mantém acompanhamento ambulatorial permanente em serviço especializado, no Rio Grande do Sul, Brasil. A coleta dos dados foi por meio de entrevista com aplicação de um questionário de caracterização dos profissionais e do instrumento PCATool-Brasil-versão profissionais, no período de março/agosto de 2014. Análise dos dados foi no programa *Statistical Analysis System (SAS)* versão 9.3. **Resultados:** A população contemplou 596 profissionais e 94,6% (524) participaram da coleta de dado. Os atributos derivados da Atenção Primária à Saúde apresentaram alto escore (7,3), assim como em cada um dos atributos orientação familiar e orientação comunitária. Nos serviços de Estratégia Saúde da Família as médias dos escores foram maiores no atributo orientação familiar (8,4) e orientação comunitária (7,2). O atributo orientação comunitária o escore foi insatisfatório nos serviços de Unidade Básica de Saúde (5,6) e apresentou alto escore nos serviços de Estratégia Saúde da Família (7,2). Ambos serviços da Atenção Primária à Saúde apresentaram escores maiores nas Estratégias Saúde da Família. **Conclusão:** O estudo evidenciou que nos serviços há falta de interesse dos profissionais de saúde em considerar a opinião do paciente e seus familiares no planejamento do tratamento, em incentivar o usuário a participar de conselhos locais de saúde e na necessidade do uso de ferramentas para avaliar seus serviços. Apenas o item relacionado à visita domiciliar foi significativamente satisfatório no atributo orientação para comunidade.

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

ABSTRACT

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

FAMILY GUIDANCE AND COMMUNITY PRIMARY HEALTH CARE OF CHILDREN OF ORIGIN OF MUNICIPALITIES AND TEENAGERS LIVING WITH HIV LINKED TO A SPECIALIST SERVICE

AUTHOR: BIBIANA SALES ANTUNES

ADVISOR: PROFESSOR DR. STELA MARIS DE MELLO PADOIN

CO-ADVISOR: PROFESSOR DR. CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

Date and place of Defense: Santa Maria, April 2nd, 2015.

Children and adolescents living with HIV concern health professionals since they are vulnerable due to the growth and development process and the specific health condition, which demand attention focused on clinical fragility and the daily and permanent care. It is understood that the monitoring of this population can happen in the primary health care services, which are preferred as the gateway to the health system and aimed at readiness and resoluteness. **Objective:** To evaluate the attributes family counseling and community orientation of primary health care in the municipalities of origin of children and adolescents living with HIV, at the experience of practitioners. Methodology: evaluative research with cross-sectional design. The study population included Family Health Strategy professionals and Basic Health Unit: nurses, gynecologists, physicians, pediatricians and dentists in 25 municipalities of origin of children and adolescents living with HIV that keep continuous ambulatory monitoring at specialized service in Rio Grande do Sul, Brazil. The data collection was through interviews applying a characterization questionnaire of the professionals and the PCATool-Brazil-Professional version, from March / August 2014. The analysis of the data was done by using the Statistical Analysis System (SAS) version 9.3. **Results:** The population included 596 professionals and 94.6% (524) took part in the collection of data. Derivatives attributes of primary health care had high score (7,3), as well as in each of the attributes family counseling and community orientation. The Family Health Strategy services mean scores were higher in family counseling attribute (8,4) and community orientation (7,2). The score of the community orientation attribute was unsatisfactory at the service in Basic Health Unit (5,6) but it was a high score on the Health Strategy of the Family services (7,2). Both services of primary health care had higher scores on the Family Health Strategies. **Conclusion:** The study showed that on the service there is a lack of interest by health professionals interested in considering the views of patients and their families in treatment planning, to encourage the user to participate in local health councils and the need to use tools to assess their services. Only the item related to the home visit was significantly satisfactory in the attribute guidance to community.

Keywords: Children's health. Adolescent health. HIV. Acquired immune deficiency syndrome. Primary health care. Health services.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 – Relação de procedência dos estudos incluídos na revisão integrativa.....	29
---	----

ARTIGO 2

Tabela 1 – Estatística descritiva dos atributos derivados da APS de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil, 2014.....	47
--	----

Tabela2 – Perfil dos profissionais por escore dos atributos derivados da APS de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil, 2014.....	47
--	----

Tabela 3 – Perfil de formação dos profissionais de acordo com a avaliação de alto e baixo escore dos atributos derivados da APS de municípios do Rio Grande do Sul.....	48
---	----

Tabela 4 – Comparação dos escores dos atributos derivados da APS atribuídos pelos profissionais entre os serviços de APS dos municípios do Rio Grande do Sul.....	49
---	----

Tabela 5 – Comparação dos escores das questões dos atributos derivados de municípios do Rio Grande do Sul.....	49
--	----

LISTA DE QUADROS

ARTIGO 1

Quadro 1 – Resultados das estratégias de busca nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCOPUS, junho de 2014.....	27
Quadro 2 – Síntese dos resultados dos fatores que interferem nos atributos derivados.....	30

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

APRESENTAÇÃO

Figura 1 – Mapa de localização dos municípios de procedências das crianças e adolescentes vivendo com HIV, 2014..... 19

ARTIGO 1

Figura 1 - Estrutura do desenvolvimento do estudo de revisão. LILACS, PubMed e SCOPUS, 2014..... 28

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Emenda ao Comitê de Ética em Pesquisa.....	66
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	69
Anexo C - Questionário de caracterização dos profissionais da Atenção primária a Saúde.....	70
Anexo D - Instrumento PCATool – Brasil - versão profissionais.....	72
Anexo E - Termo de Confidencialidade.....	81

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
2 RESULTADOS.....	23
2.1 Artigo 1 - Fatores que interferem nos atributos orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde: revisão integrativa.....	24
2.2 Artigo 2 - Orientação familiar e comunitária na atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV.....	41
3 DISCUSSÃO.....	57
4 CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS.....	61

APRESENTAÇÃO

A sociedade brasileira apresenta vasta demanda de saúde com destaque à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) devido a magnitude da epidemia Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), doença causada pela infecção do vírus. Tem-se tal compreensão quando se observa a notificação de 15.768 novos casos da infecção no Brasil em 2014 (COSTA, VICTORIA, 2006; BRASIL, 2014).

No que tange a caracterização dessa epidemia como problema de saúde pública, destaca-se a dimensão do impacto da infecção na vida do indivíduo e sua família. Também, há referência quanto a extensão da sua incapacidade, dor e desconforto. Soma-se o fato da infecção pelo HIV ser uma doença ainda sem cura, resultar na dependência de cuidados, reorganização familiar e na repercussão socioeconômica (COSTA, VICTORIA, 2006; PAULA, PADOIN, 2012a; 2012b).

A temática da AIDS ganhou destaque no cenário brasileiro após a criação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, com a política de tratamento e acompanhamento das pessoas vivendo com HIV e pela introdução do Tratamento Antirretroviral Altamente Eficaz (BONOLO, GOMES, GUIMARÃES, 2007; BRASIL, 2003a).

O advento da disponibilidade de recursos gerou novos desafios para o enfrentamento da AIDS. A terapia antirretroviral (TARV), em suas diversas combinações, transformou a infecção pelo HIV, de doença que conduzia os portadores do vírus à morte, em uma doença crônica com possibilidades de controle. Afirmar-se que em países onde o acesso ao TARV é realidade, a AIDS é considerada uma doença crônica frente ao aumento na expectativa e na qualidade de vida das pessoas acometidas pelo vírus (POLJACK; SEIDL, 2010).

No decorrer dos anos, houve uma transformação no perfil epidemiológico da infecção pelo HIV ao deixar de acometer apenas adultos e homossexuais, e atingir a população feminina. Destacam-se os casos de mulheres em idade reprodutiva e a relação com o nascimento de crianças expostas ao HIV (FONSECA, BASTOS, 2007; SILVA et al., 2010).

Frente a isso, em 2003 foi desenvolvido o Projeto Nacer, o qual adotou novos planos na assistência à gestante no pré-natal para garantir o diagnóstico do HIV e sífilis, o que contribui para redução da transmissão vertical (TV), principal categoria de exposição ao HIV na população de crianças menores de 13 anos (BRASIL, 2003b). Junto ao projeto, as

Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e a terapia para gestantes possibilitaram a prevenção da TV do vírus por meio de esquemas profiláticos específicos à gestação, parto e trabalho de parto, além de informações referentes ao esquema medicamentoso do recém-nascido durante as primeiras seis semanas de vida e o não aleitamento materno (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010a).

A intensificação do número de mulheres infectadas em idade reprodutiva contribuiu para que crianças soropositivas ganhassem importância no contexto da epidemia da AIDS. Também devido ao aumento da sobrevivência daquelas que foram infectadas por TV, as quais alcançaram a fase de adolescência, ao sofrimento psíquico e emocional dos cuidadores no processo de culpabilização quando consideram-se responsáveis pela transmissão do vírus (MATIDA et al., 2007).

Nesse sentido, a população infantil e juvenil configura preocupação aos profissionais de saúde ao tratar-se de população vulnerável biologicamente, devido ao processo de crescimento e desenvolvimento, e a exposição ao longo prazo de antirretrovirais (ARV) e sua toxicidade (MATIDA et al., 2007). A atenção à saúde está voltada as questões clínicas e preventivas da transmissão e reinfecção pelo vírus. Também a vulnerabilidade social relacionada a dependência de cuidados como a necessidade de monitoramento e avaliação criteriosa, as quais podem ser apresentados em dois aspectos centrais: a fragilidade clínica e a vulnerabilidade social (PAULA, PADOIN, 2012a; 2012b).

A fragilidade clínica é caracterizada pela condição clínica de saúde e sorológica dessas crianças e adolescentes, o que determina cuidado contínuo à saúde, necessidade de atendimento por profissionais de diversas especialidades, uso contínuo de medicamentos e serviços de suporte emocional e comportamental (PAULA, PADOIN, 2012a; 2012b).

Quanto à vulnerabilidade social, as crianças e adolescentes dependem de cuidados tanto da família quanto de profissionais da saúde. Há potencialização da vulnerabilidade nos casos de pais soropositivos para o HIV e de orfandade. O reflexo de pauperização no perfil da epidemia, diante das dificuldades socioeconômicas, pode resultar baixa escolaridade e interferir na compreensão de informações a cerca da doença e dos direitos da criança aos programas sociais (PAULA, PADOIN, 2012a; PADOIN et al., 2012).

Tendo em vista a prevenção do adoecimento e manutenção da saúde, as crianças e adolescentes vivendo com HIV precisam manter acompanhamento contínuo em serviços de saúde. É necessária atenção que favoreça o processo de crescimento e desenvolvimento, frente ao quadro clínico e circunstância da adesão ao tratamento. Para isso, é preciso acesso adequado à saúde, educação, lazer, cultura, políticas públicas e respeito quanto a seus direitos

como ser humano convivendo em sociedade (SCHAURICH; MEDEIROS; MOTTA, 2007).

A criança vivendo com HIV deve ser avaliada sistematicamente e necessita de atenção específica quanto ao crescimento, principalmente, por demonstrarem nos primeiros meses de vida dificuldade ponderal de ganho de peso. Merecem atenção quanto ao processo de desenvolvimento, pois estão expostas a situações de discriminação, podendo haver influência na socialização com a comunidade (BRASIL, 2009).

O adolescente vivendo com HIV constitui uma população heterogênea devido à idade em que ocorreu a transmissão, como também as consequências diante das condições clínicas, imunológicas, psicossociais, culturais e histórico de tratamento. Os profissionais da saúde enfrentam desafios no que tange principalmente à revelação do diagnóstico, orfandade, desestruturação familiar e início da atividade sexual, havendo necessidade de capacitação ao acompanhar esses adolescentes (BRASIL, 2009).

Com a intenção de qualificar os serviços de saúde o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS publicou o manual de Recomendações de Terapia Antirretroviral para Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV com informações referentes ao manejo de crianças expostas ao HIV, tratamento antirretroviral e adesão; o adolescente vivendo com HIV; profilaxia e tratamento de infecções oportunistas; imunizações e cuidado integral. Também inclui assuntos presentes no cotidiano das crianças e adolescentes vivendo com HIV como a revelação do diagnóstico e a importância do trabalho de adesão a TARV (BRASIL, 2009; 2003c).

Diante das políticas que garantem a atenção com qualidade, a criança e adolescente vivendo com HIV dependem de tecnologia contínua para sobreviver, com o uso diário dos antirretrovirais e frequentemente necessitam do acompanhamento por profissionais. Destaca-se que os cuidados de saúde dessa população passam a ser não só estado momentâneo, mas sim uma nova forma de viver que requer atenção específica e contínua (GOMES et al., 2011).

Em consonância, no ano de 2011 o Ministério da Saúde reafirmou o compromisso com políticas direcionadas à infecção pelo HIV ao comprometer-se com o fortalecimento da Atenção Primária de Saúde (APS) e a necessidade de integração da resposta a infecção à mesma. Sabe-se da precariedade do sistema com a falta de profissionais de saúde qualificados para atender a população soropositiva ao HIV e a barreira do acesso aos serviços especializados (BRASIL, 2011).

Os serviços especializados são os mais procurados pelos usuários vivendo com HIV devido ao planejamento do serviço, como o agendamento de consultas, e a capacitação dos profissionais (BRASIL, 2009; SHERLOCK et al., 2011). Porém, o acompanhamento de

crianças e adolescentes vivendo com HIV pode acontecer em serviços da APS, os quais são preferenciais como porta de entrada no sistema de saúde visando a prontidão e resolutividade (NEMES et al., 2004).

No contexto da atenção primária, em 1978 na cidade de Alma-Ata, ocorreu a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, desde então a APS foi definida como parte integral do sistema de saúde com o enfoque principal o desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Como também, é designada o primeiro nível de contato dos indivíduos na comunidade e constitui-se o primeiro elemento da atenção continuada à saúde (OPAS/OMS, 1978).

A APS é um conjunto de valores, princípios e elementos. Os valores são o direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade. Os princípios são definidos como responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros (BRASIL, 2006).

Após a releitura da Declaração de Alma-Ata, Starfield (1992) determinou os elementos estruturantes (atributos) dos serviços de saúde considerados a partir do acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 1992; 2001). Assim, são considerados os atributos essenciais da APS, a partir da continuidade e integralidade da atenção:

- O acesso de primeiro contato ao serviço de saúde é considerado quando há acessibilidade e utilização do serviço para realização do cuidado;
- A longitudinalidade é definida como a existência de continuada da atenção à saúde;
- A integralidade são ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto no aspecto biopsicossocial quanto nas ações de promoção da saúde, desde a prevenção, recuperação e manutenção da saúde no contexto da APS;
- E coordenação da atenção sugere que o mesmo profissional acompanhe o paciente, e reconhecimento de problemas advindos de outros serviços.

O presente estudo está pautado nos atributos derivados que complementam os atributos essenciais, denominados: orientação familiar, orientação comunitária (STARFIELD, 1992; 2001):

- Na avaliação dos cuidados centrados na atenção à saúde da família deve-se considerar

o contexto sociocultural dos integrantes. Avalia-se a necessidade do usuário, da família e seu potencial de cuidado. O atributo orientação familiar é sucedido quando há integralidade baseada no usuário, na família e no ambiente em que vivem;

- A orientação comunitária há o reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade. É fundamental a utilização de ferramentas como a pesquisa e avaliação dos serviços da APS a fim de caracterizar a comunidade, modificar e monitorar ações na abordagem de problemas.

Esses atributos estão relacionados na prática assistencial, individual ou no coletivo, dos serviços da APS. A partir dessas definições, pode ser guiado as estratégias de avaliação e investigação dos serviços de saúde (BRASIL, 2010b). Nesse sentido, é determinado se os serviços estão ou não orientados à APS, ou seja, a presença ou a extensão desses atributos indicam qualidade nos serviços de saúde, maior satisfação dos clientes, menores custos e maior equidade (MACINKO, ALMEIDA, SA, 2007; HARZHEIM et al., 2006a).

Ao verificar a associação entre os atributos derivados da APS é identificado a efetividade da atenção sobre a saúde da comunidade. Como também, a avaliação criteriosa desses elementos contribui para estabelecer políticas públicas e privadas associadas à APS (HARZHEIM et al., 2006a; 2006b).

Para tanto há necessidade de integração entre o serviço especializado e a APS, principalmente por meio da implementação da comunicação entre os pontos de rede. É essencial que os profissionais da APS (re)conheçam os usuários que vivem com HIV de sua área de abrangência para desenvolver ações voltadas ao acesso, acolhimento e fortalecimento de vínculo (SILVA et al., 2005; ACIOLI et al., 2007).

Diante desse contexto, as inquietações referentes à APS relacionada à saúde da criança e do adolescente foram suscitadas durante a realização do curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e através de atividades de aulas teóricas e prática no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Além disso, a participação no Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS), corroborou com experiência como colaboradora na coleta de dados do projeto realizado no município de Santa Maria, o qual foi utilizado o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) – Brasil – versão profissionais, o qual avalia os serviços da APS na experiência de profissionais da saúde. E com as reflexões ao verificar, através de outros projetos a necessidade da qualidade nos serviços de saúde ao atendimento de crianças e adolescentes vivendo com HIV.

Sendo assim, apontou-se como **questão de pesquisa:** qual a qualidade dos serviços da APS dos municípios de procedência da região que atendem crianças e adolescentes vivendo com HIV, na experiência dos profissionais? O que delineou o seguinte **objeto de estudo:** os atributos derivados da APS dos municípios de procedência de crianças e aos adolescentes vivendo com HIV/AIDS.

Assim, o estudo teve como **objetivo:** avaliar os atributos orientação familiar e orientação comunitária da APS dos municípios de procedência das crianças e adolescentes vivendo com HIV, na experiência dos profissionais.

O estudo em tela trata-se de um subprojeto vinculado ao projeto matricial intitulado “Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS” sob responsabilidade da Pesquisadora Enfermeira Doutora Cristiane Cardoso de Paula. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM com Parecer nº183.572/2013 (ANEXO A), e pertence ao GP-PEFAS da UFSM, na linha de pesquisa “A vulnerabilidade e as demandas de cuidado de pessoas, famílias e sociedade no contexto da AIDS”. Destaca-se que o projeto foi contemplado nos editais de financiamento de recursos: FIPE/UFSM, PIBIC/CNPq, PROBIC/FAPERGS, PROIC-HUSM/UFSM, PPSUS/FAPERGS e Universal/CNPq.

O presente estudo refere-se à uma pesquisa avaliativa com delineamento transversal desenvolvido nos serviços da APS dos municípios de procedência das crianças e adolescentes vivendo com HIV atendidos no ambulatório de doenças infecciosas de um hospital referência da Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul.

Para etapa de coleta de dados realizou-se aproximação com os municípios por meio de contato telefônico com os secretários municipais da saúde das cidades e após foi emitido por *e-mail* uma nota prévia do projeto matricial, instruções necessárias e o termo de aceite para a coleta de dados nos serviços da APS.

A coleta somente foi realizada nos municípios, os quais os gestores acordaram com o desenvolvimento da pesquisa. Foram entrevistados profissionais de Estratégia Saúde da Família (ESF) e de Unidade Básica de Saúde (UBS) de 25 municípios: Alegrete, Cacequi, Caçapava do Sul, Cachoeira do Sul, Coronel Bicaco, Dilermando de Aguiar, Jaguari, Júlio de Castilhos, Maçambará, Palmeira das Missões, Quaraí, Redentora, Restinga Sêca, Santa Maria, Santiago, Santo Ângelo, São Martinho da Serra, São João do Polêsine, São Luiz Gonzaga, São Pedro do Sul, São Sepé, Tenente Portela, Tupanciretã, Uruguaiana e Venâncio Aires (Figura 1). Apenas um município não aprovou a realização da coleta de dados.

Inicialmente foi realizado o contato telefônico com cada uma das Secretarias de Saúde dos Municípios em questão e com os serviços da APS de cada município, a fim de construir uma relação/lista de profissionais a serem entrevistados, bem como o tempo estimado para a coleta em determinado município. Criando uma agenda para coleta dos dados.

A população compreendeu 596 profissionais da APS e participaram da coleta 524 profissionais das unidades de saúde que atendiam aos critérios de inclusão: enfermeiro, médico ginecologista, pediatra e clínico geral, e odontólogo que atuem na APS dos municípios identificados. E os critérios de exclusão: profissionais contratados temporários, que estavam em período de férias, com atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período da coleta.

Em cada serviço foi solicitado um espaço para o desenvolvimento da entrevista a fim de garantir a privacidade. Essa etapa foi realizada no período de março a agosto de 2014 por integrantes do GP-PEFAS devidamente capacitados, preferencialmente bolsistas de iniciação científica contemplado pelos editais internos da UFSM (FIPE) e das agências de fomento do Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Para coleta de dados foi utilizado um questionário de caracterização (ANEXO C), o qual constou com oito questões relacionadas ao percurso profissional do entrevistado. Também, utilizou-se o instrumento *PCATool*, criado na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* (STARFIELD, 2001) baseado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005). O instrumento avalia os serviços de saúde em relação à orientação para os atributos essenciais e derivados constituintes da APS mediante respostas de profissionais/gestores de saúde.

O instrumento foi validado no Brasil através de uma amostra populacional no município de Porto Alegre/RS/BR (HARZHEIM et al., 2006a; 2006b), o qual foi adaptado e aplicado em usuários amostrados na rede de serviços do município de Petrópolis/RJ/BR (MACINKO, ALMEIDA, SA, 2004; 2007). Então, pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – (UFRGS) denominaram o instrumento como Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool-Brasil*), o qual apresenta versões autoaplicáveis e para realidade brasileira foi adaptado como ferramenta aplicável por meio de entrevista. Também, conta com um manual elaborado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2010b).

A avaliação dos atributos pode ser realizada separadamente, apesar de apresentarem-se interligados na prática assistencial dos serviços de APS. O estudo avaliou os atributos

derivados da APS (orientação familiar e orientação comunitária) na experiência de profissionais dos serviços. Para tanto, foi utilizado o PCATool-Brasil versão profissionais (ANEXO D), o qual é composto por 77 itens divididos nos oito (8) componentes, da seguinte maneira:

1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A). Constituído por nove itens (A1 a A9);
2. Longitudinalidade (B). Constituída por 13 itens (B1 a B13);
3. Coordenação – Integração de Cuidados (C). Constituído por seis itens (C1 a C6);
4. Coordenação – Sistema de Informações (D). Constituído por três itens (D1 a D3);
5. Integralidade – Serviços Disponíveis (E). Constituído por 22 itens (E1 a E22);
6. Integralidade – Serviços Prestados (F). Constituído por 15 itens (F1 a F15);
7. Orientação Familiar (G). Constituído por três itens (G1 a G3);
8. Orientação Comunitária (H) – Constituído por seis itens (H1 a H6);

Os itens E14 ao E22 e F4 ao F13, não constam no instrumento utilizado, pois não respondem à questão de pesquisa do projeto em tela. As entrevistas foram presenciais em cada serviço de saúde e o tempo médio foi de 40 minutos.

O instrumento PCATool mede a presença e a extensão dos atributos derivados da APS por meio de escala tipo Likert. As possíveis respostas para cada item: “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).

Os dados foram digitalizados no programa *Epi Info* versão 7.0 com dupla digitação independente garantindo a exatidão. Após foram verificados erros e inconsistências para garantir a exatidão dos dados digitados. Na etapa de análise de dados foi utilizado o programa *Statistical Analysis System (SAS)* versão 9.3.

Na etapa de análise, se a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total dos itens, não foi calculado o escore deste componente para este entrevistado, sendo assim este escore (“*missing*”) no banco de dados. Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) foi inferior a 50% do total de itens de um componente, o valor “9” foi substituído pelo valor “2” (“provavelmente não”). Como também, os escores, que originalmente variam de 1 a 4, foram substituídos em escala contínua de 0 a 10, e após mensurados de acordo com a fórmula (BRASIL, 2010b):

$$\frac{[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor m\u00ednimo})] \times 10}{4 (\text{valor m\u00e1ximo}) - 1 (\text{valor m\u00ednimo})}$$

ou seja:

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

Utilizou-se o c\u00e1lculo de Alfa de Cronbach, considerando indicadores de consist\u00eancia quando $p < 0,70$ e para avaliar a distribui\u00e7\u00e3o de normalidades das vari\u00e1veis foi aplicado o Teste de Kolmogorov-Smirnov. Realizou-se o Teste de Qui-quadrado de Pearson para comparar os escores dicotomizados dos atributos derivados da APS, perfil sociodemogr\u00e1fico, forma\u00e7\u00e3o e ocupa\u00e7\u00e3o dos profissionais. E para comparar os escores dos atributos derivados (cont\u00ednuos) segundo o tipo de unidade foi utilizado o Teste U de Mann Whitney.

A pesquisa respeitou os aspectos \u00e9ticos da pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolu\u00e7\u00e3o n\u00b0 466 do Conselho Nacional de Sa\u00fade, a qual incorpora sob a \u00f3tica do indiv\u00edduo e da coletividade, referenciais da bio\u00e9tica como a autonomia, benefic\u00eancia, justi\u00e7a e equidade, como tamb\u00e9m assegura os direitos e deveres de cada participante da pesquisa cient\u00edfica (BRASIL, 2013).

A autonomia de cada entrevistado foi garantida pela voluntariedade, podendo exercer o livre direito de escolha e retirar-se a qualquer momento. Foi exposto os objetivos da pesquisa e quanto ao sigilo da identidade para os profissionais de sa\u00fade. O TCLE foi apresentado em duas vias, ficando uma c\u00f3pia para cada participante do estudo e outra arquivada pela pesquisadora, com assinatura de ambos. Por meio deste e do Termo de Confidencialidade (ANEXO E) dos dados garantiu-se o car\u00e1ter confidencial e o anonimato.

Os instrumentos e os TCLE s\u00e3o guardados por cinco anos na sala 1336 do Departamento de Enfermagem da UFSM no Centro de Ci\u00eancias da Sa\u00fade (pr\u00e9dio 26) no Campus da UFSM, n\u00facleo de pesquisa do GP-PEFAS, cadastrada no Conselho Nacional de Desenvolvimento Cient\u00edfico e Tecnol\u00f3gico, sob a guarda da pesquisadora respons\u00e1vel deste projeto Dra Cristiane Cardoso de Paula, e ap\u00f3s s\u00e3o destru\u00eddos.

2 RESULTADOS

Os resultados da presente dissertação serão apresentados na forma de dois artigos científicos, o qual está apresentado conforme as regras de submissão dos respectivos periódicos, atendendo as normativas da. Constando título, resumo, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusões e referências bibliográficas.

O artigo 1 refere-se a revisão integrativa da literatura que foi desenvolvida em junho de 2014, nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Public Medline (PubMed) e na Service Science (SCOPUS). Compondo a fundamentação teórica do estudo. Este manuscrito será submetido ao periódico denominado Revista Baiana de Saúde Pública.

O artigo 2 refere-se aos resultados da dissertação e será submetido, após aprovação da banca, ao periódico denominado Revista de Saúde Pública.

2.1 Artigo 1

FATORES QUE INTERFEREM NOS ATRIBUTOS ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Resumo: A avaliação da Atenção Primária à Saúde inclui a presença e extensão de atributos derivados. Objetivo: Identificar as evidências disponíveis nos artigos científicos acerca dos fatores que interferem nos atributos derivados. Método: Revisão integrativa desenvolvida, em junho de 2014, nas bases de dados LILACS, PubMed e Scopus. Foram selecionados 32 artigos na íntegra. Evidenciaram-se oito fatores que interferem no atributo orientação familiar: conhecimento do ambiente e das condições psicossociais; atitudes dos profissionais; compreensão da importância do cuidado voltado à família; formação acadêmica adicional; concordância de um membro da família; comunicação; oficina de educação em saúde; aconselhamento. E quatro fatores interferem na orientação comunitária: visitas domiciliares; estratégias para monitorar a efetividade do serviço; falta de recursos; e interação com o usuário. Conclusão: visa-se fundamentar a atenção primária à saúde coerente com as políticas para um melhor desempenho dos sistemas de saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, relações profissional-família, visita domiciliar, Enfermagem.

FACTORS AFFECTING THE ATTRIBUTES GUIDANCE FAMILY AND COMMUNITY PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE REVIEW

Abstract: Evaluation of Primary Health Care includes the presence and extent attributes derivatives. Objective: To identify the available evidence in scientific articles about the factors that affect the derived attributes. Method: developed integrative review, in June 2014, in the databases LILACS, PubMed and Scopus to the descriptors "primary health care" and "access to health services." We selected 32 articles in full text. Results: Eight factors that influence of family orientation attribute: environmental knowledge and psychosocial conditions; professionals attitudes; understanding of the importance of care focused on the family; additional training; agreement of a family member; communication; health education workshop; counseling. And four factors affecting the community orientation: home visits; strategies to monitor the effectiveness of the service; lack of resources; user interaction. Conclusion: the aim is to support the primary health care with the policies for better performance of health systems.

Keywords: Primary health care, professional-family relations, home visits, nursing.

FACTORES QUE INTERFIEREN EN LOS ATRIBUTOS ORIENTACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD: REVISIÓN INTEGRATIVA

Resumen: La evaluación de la Atención Primaria a la Salud incluye la presencia y extensión de atributos, de entre los cuales hay los derivados. Estos son considerados calificadores de la estructura y proceso, centralizados en la familia, competencia cultural y orientación comunitaria. Objetivo: Identificar las evidencias disponibles en los artículos científicos acerca de los factores que interfieren en los atributos derivados. Método: Revisión integrativa

desarrollada, en junio de 2014, en las bases de datos LILACS, PubMed y Scopus con los descriptores "atención primaria a la salud" y "acceso a los servicios de salud". Fueron seleccionados 32 artículos en la íntegra. Resultados: Se evidenciaron ocho factores que interfieren en la presencia y extensión del atributo orientación familiar: conocimiento del ambiente y de las condiciones psicosociales; actitudes de los profesionales; comprensión de la importancia del cuidado a la familia; formación adicional; concordancia de un miembro de la familia; comunicación; taller de educación en salud; asesoramiento. Y cuatro factores que interfieren en la orientación comunitaria: visitas domiciliarias, estrategias para monitorear la efectividad del servicio; falta de recursos; e interacción con el usuario. Conclusión: Se visa fundamentar la atención primaria a la salud coherente con las políticas para un mejor desempeño de los sistemas de salud.

Palabras Clave: Atención primaria a la salud; relaciones profesional-familia; visita domiciliar; Enfermería.

Introdução

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a reforma sanitária vem acontecendo no Brasil com o intuito de construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) pautado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade. No início da década de 90, a adoção da Estratégia da Saúde da Família (ESF) representa uma proposta de organização dos sistemas municipais de saúde para viabilizar o cumprimento dos princípios do SUS, a qual demonstra potencial transformador na Atenção Primária à Saúde (APS) ¹.

A APS é o nível de serviço de saúde que oferece a entrada preferencial no sistema e desenvolve a atenção a partir da utilização de recursos para diminuir as disparidades na saúde entre os segmentos mais e menos necessitados da população². Sendo necessário ter o enfoque nos determinantes sociais³ que otimize a promoção da saúde no cotidiano dos usuários ².

Nesse sentido, a APS é compreendida como acesso de primeiro contato, visando a longitudinalidade e integralidade da atenção, assim como a coordenação da assistência centrada na família e ações comunitárias e culturais desenvolvidas pelos profissionais^{2,4}. Destacando assim, os atributos essenciais e derivados. O acesso é designado como “primeiro contato” da população ao serviço de saúde. Na longitudinalidade preconiza-se a atenção e o cuidado específico para cada indivíduo e considera o tempo da atenção dispensado. Tem-se, ainda, a integralidade, a qual remete a necessidade de comunicação entre diversos serviços de

atenção e o trabalho multidisciplinar. No que tange, ao componente da coordenação, há referência à capacidade de coordenar as respostas às diversas necessidades que uma abordagem integral identifica^{5,6}.

Os autores complementam esses atributos por características que deles derivam: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural^{5,6}. Na orientação familiar o usuário é identificado como sujeito pertencente a determinado núcleo familiar e inserido em um contexto sociocultural específico. O envolvimento e a inclusão da família no cuidado requer o envolvimento da equipe de saúde para conhecer a estrutura e a dinâmica familiar para que seja desenvolvido um projeto terapêutico específico⁷.

A orientação comunitária decorre do reconhecimento das necessidades da família no contexto físico, econômico e social em que vivem. O atributo exige uma análise situacional através de habilidades epidemiológicas e do contato direto com a comunidade, assim como a integração de programas intersetoriais nos serviços de saúde que contemplam os determinantes sociais^{3,8}.

Nesse sentido, a orientação voltada à comunidade na atenção primária visa maximizar a extensão do serviço a fim de superar a desigualdade social e seus efeitos adversos. É necessário garantir que os recursos fluam para áreas menos favorecidas com intuito de reduzir a iniquidade social na população^{2, 8, 9}. Quanto à competência cultural avalia-se a adaptação da equipe de profissionais da saúde diante das características culturais especiais da população. É uma relação horizontal na qual há o respeito às singularidades culturais do indivíduo^{2,8}.

Os atributos derivados podem ser avaliados separadamente, apesar de estar inter-relacionado com os essenciais. Nesse sentido, o serviço dirigido à população é considerado provedor de APS quando direcionado aos quatro atributos essenciais havendo interação com os usuários e com a comunidade ao apresentar, também, os atributos derivados¹⁰.

Diante do exposto, objetivou-se identificar as evidências disponíveis nos artigos científicos acerca dos fatores que interferem nos atributos derivados.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura¹¹ como questão de pesquisa: **quais fatores interferem na orientação familiar e comunitária da APS?** A busca desenvolveu-se, na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Public Medline (PubMed) e na Service Science (SCOPUS) com a seguinte estratégia de busca (Figura 1):

Quadro 1: Resultados das estratégias de busca nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCOPUS, junho de 2014.

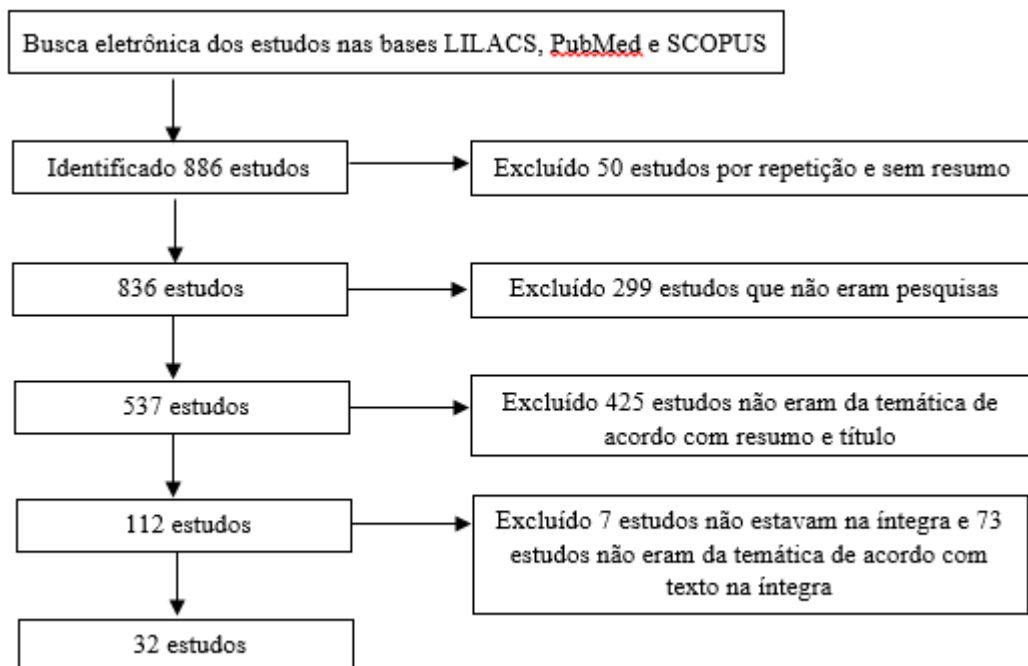
Orientação familiar		
LILACS	PUBMED	SCOPUS
"atencao primaria a saude" [Descritor de assunto] and "relações profissional-família" [Descritor de assunto]	"primary health care"[MeSH Terms] and "professional-familyrelations"[MeSH Terms] and hasabstract[text] and (English[lang] or Portuguese[lang] or Spanish[lang])	(KEY(primaryhealthcare) and KEY(professional-familyrelations)) and DOCTYPE(ar) and (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English") or LIMIT-TO(LANGUAGE, "Spanish")) and (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English") or LIMIT-TO(LANGUAGE, "Spanish"))
Total: 8	Total: 445	Total: 201
Orientação comunitária		
LILACS	PUBMED	SCOPUS
"atencao primaria a saude" [Descritor de assunto] and "visita domiciliar" [Descritor de assunto]	"primary health care"[MeSH Terms] and "homevisit"[MeSH Terms] and (hasabstract[text] and (English[lang] or Portuguese[lang] or Spanish[lang]))	(KEY(primaryhealthcare)andKEY(homevisit))and DOCTYPE(ar)and(LIMIT-TO(LANGUAGE,"English")orLIMIT-TO(LANGUAGE,"Spanish"))
Total: 13	Total: 130	Total: 89

O levantamento dos estudos ocorreu em junho de 2014. Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa que contemplassem a temática; disponíveis na íntegra online; nos idiomas português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão: artigos sem resumo na base de dados

ou incompletos. Nas bases PubMed e Scopus foram utilizadas as ferramentas de filtro de busca disponíveis nos sites.

A partir da leitura prévia dos títulos e resumos foram encontradas 886 produções. Para o acesso ao texto completo, foram usados os recursos de busca no portal do periódico em que o artigo foi publicado, busca no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES) e buscador *Google*. O *corpus* do estudo foi composto por 32 artigos com texto completo disponível em suporte eletrônico (Figura 1).

Figura 2: Estrutura do desenvolvimento do estudo de revisão. LILACS, PubMed e SCOPUS, 2014.



A leitura dos artigos foi realizada por dois pesquisadores de forma independente visando minimizar possível viés de seleção dos estudos (erro de interpretação dos resultados). Posterior à leitura, foi preenchida uma ficha de extração documental dos estudos selecionados, com os seguintes itens: identificação do artigo, local do estudo, área do conhecimento, ano de publicação, objetivo e delineamento do estudo, nível de evidência e

principais resultados¹². Foi realizada a análise descritiva dos dados de forma a possibilitar a avaliação da qualidade das evidências por meio dos sete níveis descritos por Melnyk e Fineout-Overholt¹³.

Resultado e Discussão

Após análise minuciosa, 32 artigos se adequavam aos critérios de inclusão. Dentre os artigos 20 são de autoria da área da medicina, 6 da enfermagem, 3 são multidisciplinares, 1 da nutrição e 2 artigos da psicologia. Na análise dos níveis de evidência houve predominância no nível 6 com 18 estudos, seguido de oito artigos nível 4; três estudos nível 3 e três estudos nível 4. Quanto aos países de procedência dos estudos (Tabela 1), há predominância dos países do continente americano, com destaque aos Estados Unidos da América (EUA) (n= 9), Brasil (n=4) e do continente europeu, a Inglaterra (n=4):

Tabela 1: Relação de procedência dos estudos incluídos na revisão integrativa.

Continentes	N
Americano (Brasil, Canadá, EUA, Colômbia, Nicarágua)	16
Europeu (Espanha, Inglaterra, Dinamarca, Finlândia, Irlanda, Suécia, Estônia)	13
Asiático (Turquia, Israel)	02
Oceania (Austrália)	01
Total	32

Quanto ao ano dos estudos tem-se o primeiro estudo em 1990, seguido de outro em 1999. depois tem-se um crescente nas publicações no período de 2002-2005 (n=8), entre 2006-2009 (n=8) e maior número de artigos publicados entre 2010-2013 (n=24).

Quanto aos fatores que interferem nos atributos derivados da APS tem-se:

Quadro 2: Síntese dos resultados dos fatores que interferem nos atributos derivados.

ORIENTAÇÃO FAMILIAR	ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA
Conhecimento do ambiente e das condições psicossociais	Visitas domiciliares
Atitudes dos profissionais	Estratégias para monitorar a efetividade do serviço
Compreensão da importância do cuidado voltado à família	Falta de recursos
Formação acadêmica adicional	Interação com o usuário
Concordância de um membro da família	
Comunicação	
Oficina de educação em saúde	
Aconselhamento	

Quanto à análise descritiva dos artigos selecionados, a **orientação familiar** em que pressupõem a necessidade de considerar o contexto da família, o seu potencial de cuidado e de ameaça à saúde e o uso e ferramentas de abordagem familiar. Este atributo prevê que as ideias e as opiniões do usuário e seus familiares sejam apreciadas no planejamento do cuidado, inclusive do tratamento. Para isso, faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam dispostos e capazes de atender membros da família dos usuários para discutir problemas de saúde ou familiar⁴.

Nesse sentido, evidenciaram-se oito fatores que interferem na presença e extensão do atributo orientação familiar na APS, quais sejam: conhecimento do ambiente e das condições psicossociais; atitudes dos profissionais; compreensão da importância do cuidado voltado à família; formação acadêmica adicional; concordância de um membro da família; comunicação; oficina de educação em saúde; aconselhamento.

Para garantir a presença da orientação familiar na APS deve-se considerar o contexto da família, por meio do conhecimento do ambiente e das condições psicossociais do usuário e

de sua família¹⁴ e não somente da doença¹⁵. Considera-se um desafio para os profissionais de saúde associar a doença com o contexto social e cultural dos usuários¹⁶.

Evidenciou-se que as atitudes dos profissionais¹⁷, bem como a compreensão da importância do cuidado voltado à família, e não somente ao usuário¹⁸, interfere na orientação familiar. Assim como o impacto da relação profissional-usuário interfere no planejamento do cuidado²⁰.

Também, pressupõe-se a necessidade de conhecer o potencial da família para o cuidado e de ameaça à saúde. Para o envolvimento dos profissionais com o levantamento de doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos usuários, há necessidade de formação adicional¹⁷, especialmente em relação à gestão em serviço²¹.

Evidenciou-se que a concordância de um membro da família com o envolvimento no plano de cuidado interfere na orientação familiar¹⁷. Para tanto, há necessidade de considerar a opinião da família frente ao cuidado do usuário²². Por vezes, há falta de interesse das famílias e tentativas frustradas de tratamento, o que influencia negativamente na motivação profissional²⁵.

Dentre as ferramentas, evidenciou-se que a comunicação interfere na orientação familiar. A comunicação entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde facilita a colaboração entre profissionais e famílias^{17,23}. A comunicação entre os profissionais da equipe torna-se uma necessidade para o desenvolvimento do trabalho em saúde¹⁶. Como também, a comunicação entre profissionais e usuário e suas famílias fortalece o vínculo, ao facilitar o conhecimento e, conseqüentemente, o cuidado^{16,27} e permitir que o usuário se sinta confortável para relatar suas preocupações¹⁹. Promove o apoio²⁹ aos usuários/família e a privacidade de informações¹⁷. A escuta, que possibilita a discussão dos problemas^{22,24}, minimiza o estresse dos usuários e famílias³¹.

Evidenciou-se oficina de educação em saúde, as quais auxiliam para alcançar resultados positivos no conhecimento e compreensão da doença²⁶. Os usuários e a família manifestam a necessidade de receber orientações adequadas para compreensão do processo da doença, assim como informações sobre os serviços e promoção da saúde^{19,21-22,29,32-34}. Para que juntos, os profissionais da saúde e os usuários criem estratégias para enfrentamento de barreiras da doença e definir os métodos para fortalecer o apoio^{32,35}. A capacidade dos familiares de fornecer cuidados apropriados e adequados fica seriamente comprometida por falta de informações sobre as condições do usuário dependente e do tipo de atendimento necessário para o mesmo^{15,30}.

Um plano de cuidado com responsabilidades compartilhadas entre os profissionais e os usuários/familiares é visto como uma ferramenta útil para compartilhar informações e desenvolver parcerias. Essa ferramenta é considerada potencial para melhorias das consultas e na tomada de decisões entre a família e os profissionais de saúde³⁶.

Também, evidenciou-se o aconselhamento, a partir do reconhecimento individual da família, em que os profissionais da saúde concordam que são facilitadores para resolução de problemas das famílias^{21,37}.

A **orientação comunitária** tem como prerrogativa a necessidade que os serviços e os profissionais de saúde reconheçam as necessidades de saúde da comunidade, promovam o contato direto com esta e a incluam no planejamento e avaliação conjunta dos serviços⁴. Evidenciou-se que quatro fatores interferem na presença e extensão deste atributo na APS, quais sejam: visitas domiciliares; estratégias para monitorar a efetividade do serviço; falta de recursos; e interação com o usuário.

O conhecimento dos problemas de saúde da comunidade adscrita aos serviços de saúde é construído com base nos dados epidemiológicos, o que não foi evidenciado no corpus

desse estudo de revisão. Este limite pode estar relacionado à estratégia de busca utilizada nas bases de dados.

Para os profissionais de saúde o contato direto com a comunidade pode ser realizado por meio de visitas domiciliares, importante estratégia de atenção à saúde tanto do ponto de vista do tratamento do usuário/família, quanto da gestão do serviço³⁸. É considerada uma prática importante que viabiliza a intermediação entre o domicílio e a unidade de saúde, e vice-versa³⁹. Atrela-se à facilidade do acesso, ampliação da equidade e interpretação da doença, a partir do reconhecimento do cotidiano. As visitas domiciliares são consideradas a essência da boa prática familiar devido ao poder de redefinição do problema inicialmente diagnosticado³⁸.

A realização de visitas domiciliares está associada com melhor compreensão dos moradores de uma comunidade e do ambiente familiar dos usuários, pois especificam o apoio da família, as crenças e valores, e os recursos da comunidade. Também, é possível identificar as barreiras à assistência²⁰.

As visitas domiciliares oferecem a oportunidade de estabelecer atenção à saúde a partir dos componentes da família³⁸, de acordo com as necessidades e peculiaridades do usuário³², qualificando o cuidado, sendo coerente com o princípio de humanização da assistência¹⁶. Promovem o acolhimento e vínculo³⁹, pois a interação entre o profissional e usuário/família propicia o entendimento mútuo das ações de saúde que buscam aliar o êxito técnico e o sucesso prático¹⁶.

Essas visitas são essenciais, em especial, no acompanhamento de pacientes pós-alta⁴⁰ e na redução de internações hospitalares¹⁵, pois aumentam o desempenho do usuário no cuidado⁴¹. A aceitação das famílias também está associada à melhor capacidade funcional⁴².

Evidenciou-se que as capacitações profissionais, com intuito de potencializar o impacto das orientações aos usuários^{43,44}, e a discussão interdisciplinar de casos clínicos, influenciam na efetividade das visitas^{42,45}.

O planejamento e avaliação conjunta dos serviços considera as opiniões e ideias da comunidade para qualificar a atenção à saúde. Para tanto, pode utilizar-se de estratégias para monitorar a efetividade do serviço como pesquisas de satisfação com os usuários e de diagnóstico situacional de saúde da comunidade, inclusão de usuários nos conselhos locais de saúde, entre outras⁵. Entende-se que a falta de recursos nas comunidades, como por exemplo, oportunidade de atividades, recursos de nutrição, grupos de apoio, entre outros, afetam no cuidado do usuário e família^{19,25,37}. Sendo o papel do profissional de saúde buscar a interação com o usuário a fim de favorecer o diálogo capaz de gerar o pensamento crítico a respeito de mudanças de acordo com seu contexto sociocultural³².

Conclusão

A partir dessa revisão integrativa, a qual identificou os fatores que interferem nos atributos derivados da APS, orientação familiar e orientação comunitária, foi observada a importância do profissional da saúde, reconhecer o usuário no contexto familiar e comunitário.

Os profissionais da saúde compreendem a importância do cuidado voltado à família, e não somente ao usuário, o que é considerado fatores que interfere de maneira positiva nos atributos derivados. Entretanto, um dos obstáculos evidenciados foi associar a doença com o contexto sociocultural. Os estudos apresentaram ferramentas para garantir a atenção centrada na família como a comunicação, educação em saúde, planejamento e aconselhamento. Também, para que os serviços de saúde estejam orientados à APS há necessidade do contato

direto com a comunidade. Logo, a visita domiciliar foi uma das estratégias da atenção à saúde que mais se evidencia.

Ressalta-se que a pesquisa apresentou uma lacuna referente à habilidade epidemiológica, a qual é ferramenta do atributo orientação comunitária. Compreende-se que há fragilidade na formação de profissionais da saúde quanto ao domínio da epidemiologia, o que interfere na atenção à comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Starfield, B. Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia. Barcelona: Masson, 2001.
3. Badziak RPF, Moura, VEV. Determinate sociais da saúde da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. R. Saúde Públ. Santa Cat. 2010;3(1):69-79.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Brasília, 2010.
5. Macinko, J, Almeida, C, as,PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. health Policy Plan. 2007; 22(3);167-77.

6. Harzheim, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv. Res.* 2006;6(156):1-7.
7. Nogueira, et. al. Enfoque familiar e orientação para comunidade no controle da tuberculose. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 2001;14(2):207-16.
8. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
9. Andrade MV, Noronha K, Menezes RM, Souza MN, Reis CB, Martins DR, Gomes L. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Econ. Apl, Ribeirão.* 2014;17(4): 623-645.
10. Harzheim, E, Stein, AT, Álvarez-dardet, C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. *Boletim da Saúde, Porto Alegre.* 2004;18(1)23-40.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.
12. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev latinoam enferm.* 2006;14(1):124-31.
13. Galvão CM. Níveis de Evidência. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):V.
14. Berlin A, Hylander I, Törnkvist L. Primary Child Health Care Nurses' assessment of health risks in children of foreign origin and their parents--a theoretical model. *Scand J Caring Sci.* 2008 Mar;22(1):118-27 14.
15. Macq J, Solis A, Martinez G, Martiny P. Tackling tuberculosis patients' internalized social stigma through patient centred care: an intervention study in rural. *BMC Public Health.* 2008 maio; 8(8):154 -8.15

16. Borges R, D'Oliveira AF, Pires L. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. *Interface comun. Saúde educ.* 2011; 15(37):461-72.
17. Lavoie-Tremblay M, Bonin JP, Bonneville-Roussy A, Briand C, Perreault M, Piat M, Lesage A, Racine H, Laroche D, Cyr G. Families' and decision makers' experiences with mental health care reform: the challenge of collaboration. . *Arch Psychiatr Nurs.* 2012;26(4):e41-50.
18. Jeglinsky I, Autti-Rämö I, Brogren Carlberg E. Two sides of the mirror: parents' and service providers' view on the family-centredness of care for children with cerebral palsy. 2011.
19. Edwards M, Millard P, Praskac LA, Wisniewski PA. Occupational therapy and early intervention: a family-centred approach. *Occup Ther Int.* 2003;10(4):239-52.
20. Tschudy MM, Platt RE, Serwint JR. Extending the medical home into the community: a newborn home visitation program for pediatric residents. *Acad Pediatr.* 2013;13(5):443-50.
21. Gramling L, Hickman K, Bennett S. What makes a good family-centered partnership between women and their practitioners? A qualitative study. *Birth.* 2004;31(1):43-8.
22. Emotional and informational support for families during their child's illness. Sarajärvi A, Haapamäki ML, Paavilainen E. Helsinki Polytechnic Stadia, Health and Social Care Services, Helsinki, Finland.- *Int Nurs Rev.* 2006 Sep;53(3):205-10.
23. Oona M, Kalda R, Lember M, Maaros HI. Family doctors' involvement with families in Estonia. Dept of Polyclinic and Family Medicine, University of Tartu, Puusepa 1a, 50406 Tartu, Estonia. *BMC Fam Pract.* 2004; 25(5):24-7.

24. Wu YP, Messner BM, Roberts MC. Children's psychosocial problems presenting in a family medicine practice. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2010;17(3):203-10.
25. Skelton JA, Irby MB, Beech M, Rhodes SD. Attrition and family participation in obesity treatment programs: Clinicians' perceptions. *Academic Pediatrics*. 2012;12(5):420-28.
26. Ribeiro AG, Ribeiro SM, Dias CM, Ribeiro AQ, Castro FA, Suárez-Varela MM, Cotta RM. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. *BMC Public Health*. 2011;10(11):637- 45.
27. Furler J, Dip G, Kokanovic R, Dowrick C, Newton D, Gunn J, May C. Managing Depression Among Ethnic Communities: A Qualitative Study. *Annals of family medicine*. 2010;8(3): 231-6.
28. Lewis SA, Noyes J. Effective process or dangerous precipice: qualitative comparative embedded case study with young people with epilepsy and their parents during transition from children's to adult services. *BMC Pediatr*. 2013;16(13):169-93.
29. Farmer JE , Marien WE, Clark MJ, Sherman A, Selva TJ. Primary care supports for children with chronic health conditions: Identifying and predicting unmet family needs. *Journal of Pediatric Psychology*. 2004;29 (5): 355-67.
30. Katbamna S, Bhakta P, Ahmad W, Baker R, Parker G. Supporting South Asian carers and those they care for: The role of the Primary Health Care Team. 2002; 52(477):300-5.
31. Brown, J.D., Wissow, L.S. Discussion of Maternal Stress During Pediatric Primary Care Visits. *Ambulatory Pediatrics*. 2008;8 (6):368-74.

32. Torres H , Roque CC. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção. *Rev. enferm. UERJ*. 2011;19(1):89-93.
33. Ertem IO, Atay G, Bingoler BE, Dogan DG, Bayhan A, Sarica D. *Pediatrics*. Promoting child development at sick-child visits: a controlled trial. *Developmental-Behavioral Pediatrics Unit*. 2006;118(1):e124-31.
34. Mazor KM, Gaglio B, Nekhlyudov L, Alexander GL, Stark A, Hornbrook MC, WalshK, Boggs J, Lemay CA, Firnenno C, Biggins C, Blosky MA, Arora NK. Assessing patient-centered communication in cancer care: stakeholder perspectives. *J Oncol Pract*. 2013;9(5):e186-93.
35. Bolkan CR, Bonner LM, Campbell DG, Lanto A, Zivin K, Chaney E, Rubenstein LV. Family involvement, medication adherence, and depression outcomes among patients in veterans affairs primary care. *Psychiatr Serv*. 2013;64(5):472-8.
36. Stille CJ, Fischer SH, La Pelle N, Dworetzky B, Mazor KM, Cooley WC. Parent partnerships in communication and decision making about subspecialty referrals for children with special needs. *Acad Pediatr*. 2013;13(2):122-32.
37. Coyne I, Murphy M, Costello T, O'Neill C, Donnellan C. A survey of nurses' practices and perceptions of family-centered care in Ireland. *J Fam Nurs*. 2013 nov.;19(4):469-88.
38. Nakar S, Vinker S, Weingarten MA. The place of home visiting in family practice: A multicentre comparison between rural and urban physicians. *British Journal of General Practice*. 1999;49 (445):621-62.
39. Mandú, ENT, Gaíva, MA M, Silva MA, Silva, AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto & contexto enferm*. 2008;17(1):131-140.

40. Williams EI, Fitton F. General practitioner response to elderly patients discharged from hospital. *BMJ*. 1990;20(30):159-61.
41. Rocafort GJ, Herrera ME, Fernández BF, Grajera PMM , Redondo MMJ, Díaz DF, Espinosa RJA. Palliative care support teams and the commitment of primary care teams to terminally ill patients in their homes .*Atencion Primaria*. 2006;38 (6):316-23.
42. Vass M, Avlund K , Kvist K, Hendriksen C, Andersen CK, Keiding N. Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial.*Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2004; 22 (2):106-11.
43. Barnett B, Liu J, DeVoe M, Alperovitz-Bichell K, Duggan, AK. Home visiting for adolescent mothers: Effects on parenting, maternal life course, and primary care linkage. *Annals of Family Medicine*.2007; 5 (3):224-32.
44. Avlund K, Jepsen E, Vass M, Lundemark, H. Effects of comprehensive follow-up home visits after hospitalization on functional ability andreadmissions among old patients. A randomized controlled study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2002; 9 (1):17-22.
45. Sullivan CO, Omar RZ, Forrest CB, Majeed A. Adjusting for case mix and social class in examining variation in home visits between practices. *Family Practice*. 2004; 21 (4): 355-63.

2.2 Artigo 2

Orientação familiar e comunitária na atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV

RESUMO

Objetivos: avaliar os atributos orientação familiar e orientação comunitária da APS de municípios de procedência de crianças e adolescentes vivendo com HIV vinculados a um serviço especializado, na experiência de profissionais.

Método: pesquisa quantitativa, delineamento transversal. População foi composta por profissionais da Atenção Primária à Saúde dos municípios de procedência das crianças e adolescentes com HIV, que mantém acompanhamento ambulatorial permanente num serviço especializado. Na coleta dos dados foi aplicado um questionário de caracterização da população e o instrumento Primary Care Assessment Tool-Brasil - versão Profissionais, por meio de escala tipo Likert, período de março/agosto 2014. Os dados foram inseridos no programa Epi-Info versão 7.0 e após analisados o programa Statistical Analysis System (SAS).

Resultados: Os atributos derivados da Atenção primária à Saúde apresentaram alto escore (7,3), assim como em cada um dos atributos orientação familiar e orientação comunitária. Nos serviços de ESF as médias foram maiores no atributo orientação familiar (8,4) e orientação comunitária (7,2). Já o atributo orientação comunitária foi insatisfatório nos serviços de UBS (5,6) e apresentou alto escore nos serviços de ESF (7,2). Ambos serviços da Atenção Primária à Saúde apresentaram escores maiores na ESF.

Conclusão: é necessário que profissionais considerem a opinião do paciente e familiares no planejamento do tratamento; incentivem o usuário a participar de conselhos locais de saúde; utilizem ferramentas para avaliar seus serviços.

Descritores: HIV, saúde da criança, saúde do adolescente, profissionais da saúde e Atenção Primária à Saúde.

Introdução

As crianças e adolescentes vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) são consideradas vulneráveis socialmente devido à dependência de cuidados desenvolvidos pela família e por profissionais da saúde. E vulneráveis biologicamente em decorrência do processo de crescimento e desenvolvimento e a exposição de longo prazo aos antirretrovirais¹ que denotam sua fragilidade clínica e possibilidade de adoecimento².

Sendo assim, necessitam de cuidados contínuos dos profissionais de saúde, os quais devem atentar às questões clínicas, de prevenção da transmissão e de reinfeção do vírus, que representa a necessidade de monitoramento e avaliação criteriosa centrada em suas vulnerabilidades³. Nesse sentido, vem ganhando destaque as ações desenvolvidas pelos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) em primeira instância para identificação da população de crianças e adolescentes vivendo com HIV⁴.

Outras ações como as de promoção e de prevenção, de integração dos serviços para o diagnóstico precoce e de terapia adequada à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) são preconizadas para o controle da doença. Apesar de não ter cura, a infecção pelo HIV pode ser controlada por meio de ações promovidas pelo serviço primário de saúde⁴.

Estudo que buscou compreender as perspectivas de integração do cuidado em saúde pelos familiares de crianças, tendo em vista a disponibilidade dos serviços especializados e de atenção primária no Brasil, destaca que os investimentos nas políticas públicas em saúde geram possibilidades de mudanças na APS a fim de fortalecer a prática assistencial⁵.

Para que possa se inferir uma APS de qualidade como base dos sistemas nacionais de saúde e como estratégia de produção de equidade no estado de saúde da população, se faz necessário a avaliação desta pautada em sua definição de que há um conjunto indissociável de elementos estruturantes denominados – atributos – do sistema de serviços de saúde: os atributos essenciais – representados pelo acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação; e os atributos derivados - assistência centrada na família e orientação para comunidade⁶.

Diante dessa definição o serviço de atenção básica está orientado para a APS quando é identificado a presença e extensão tanto dos atributos essenciais, quanto

dos atributos derivados. O presente estudo está pautado nos atributos derivados da APS. O atributo orientação familiar avalia a necessidade individual considerando o contexto da família e seu potencial de cuidado, incluindo ferramentas de abordagem familiar. A atenção voltada à família sucede quando há integralidade baseada no usuário e família no seu ambiente⁷.

Na orientação comunitária a saúde é reconhecida por meio da epidemiologia e do contato direto com a comunidade. Também, a utilização de ferramentas de pesquisa e avaliação do serviço de saúde são fundamentais para definir e caracterizar a comunidade, modificar programas para abordar problemas e realizar monitoramento da efetividade dessas modificações⁶.

A avaliação da APS proporciona identificar em determinado cenário o grau de orientação de cada serviço e equipe de saúde, permitindo a produção do conhecimento sobre sua efetividade⁸. Avaliação dos atributos derivados da APS têm sido realizada em outros estudos, pois constituem uma prioridade para efetividade da atenção primária^{9,10}. Sendo assim, o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool) permite mensurar a presença e extensão dos atributos derivados da APS em diferentes cenários⁷.

Na atenção à saúde das crianças e adolescentes vivendo com HIV, a presença e extensão dos atributos derivados reflete nos demais atributos, assim como fortalece o vínculo dessa população, suas famílias e equipe de saúde. Assim sendo, o estudo tem como **objetivo**: avaliar os atributos orientação familiar e orientação comunitária da APS dos municípios de procedência às crianças e adolescentes vivendo com HIV vinculados a um serviço especializado, na experiência de profissionais.

Método

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com delineamento transversal desenvolvido em serviços da APS, Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), dos municípios de procedência das crianças e adolescentes vivendo com HIV atendidos no ambulatório de doenças infecciosas de um hospital referência da região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, Brasil.

O presente estudo está inserido no projeto matricial “*Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS*”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria com parecer nº183.572/2013. Para o estudo em tela foram entrevistados profissionais da APS de 25 municípios das regiões centro-oriental, centro-ocidental, sudoeste, sudeste, noroeste e nordeste do Rio Grande do Sul/Brasil. Apenas um município não aprovou a realização da coleta. A amplitude do número de unidades selecionadas teve o objetivo de dar heterogeneidade amostral.

A população do estudo foi de 596 profissionais da APS, destes 42 (7%) foram excluídos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e 30 (5,4%) corresponderam às perdas, sendo coletado dados de 524 (94,6%) profissionais. Sendo os critérios de inclusão: enfermeiro, médico ginecologista, pediatra e clínico geral, e odontólogo que atuam na APS dos municípios identificados. E foram excluídos do estudo os profissionais contratados que não pertencem ao quadro efetivo do município, que estavam em período de férias, atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período de coleta de dados.

A coleta de dados deu-se por meio de entrevistas agendadas por telefone ao contatar com as secretarias de saúde e ESF e UBS de cada município para prever quantos profissionais seriam entrevistados. Então, foi possível realizar a locomoção aos municípios para realizar as entrevistas no período de março a agosto de 2014 por nove entrevistadores mestrandos, bolsistas de iniciação científica e acadêmicos de enfermagem. Para tanto foi ministrado uma capacitação a fim de orientar os entrevistadores quanto ao protocolo de pesquisa utilizado no estudo, organização de materiais, estratégias de coleta, ética em pesquisa, e periodicamente era realizado encontros com a coordenação para debater quanto as facilidades e dificuldades encontradas nessa etapa.

Na coleta de dados foi aplicado um questionário de caracterização dos profissionais da APS em que foram mensuradas as variáveis independentes: sociodemográficas (idade, sexo, situação conjugal, vínculo empregatício e tempo de serviço) e de formação acadêmica (formação, conclusão da graduação, pós-graduação, conclusão da pós-graduação, formação complementar, atende criança com HIV e atende adolescente com HIV).

Devido à não revelação pela família do diagnóstico da infecção pelo HIV às crianças e adolescentes, ao preconceito com a AIDS por ser uma Doença

Sexualmente Transmissível e ao sigilo existente na comunidade foi orientado os profissionais da APS sobre a possibilidade de realização de atendimento à essa população, mesmo desconhecendo o diagnóstico da infecção.

Para avaliar a qualidade da atenção à saúde a partir da presença e extensão dos atributos da APS (variáveis dependentes) foi utilizado o instrumento PCATool – Brasil, versão profissionais, o qual é dividido em oito (8) componentes. Nesse estudo foram analisados os atributos derivados: “Orientação Familiar” constituído por três itens e “Orientação Comunitária” composto por seis itens⁶.

O instrumento PCATool mede a presença e a extensão dos atributos por meio de escala Likert: “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). Para fins de análise, as respostas marcadas em “não sei/não lembro” foram consideradas “provavelmente não”⁷.

De acordo com o manual do instrumento, não se calculou o escore do componente do entrevistado que apresentar a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “não sei/não lembro” atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (orientação familiar e orientação comunitária). Também, se a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” for menor que 50% do total de itens do atributo, o valor “9” foi transformado para valor “2” (“provavelmente não”). Para pontuar negativamente características que os profissionais desconhecem em seus serviços houve necessidade de realizar essa transformação⁹.

Os dados foram inseridos no programa Epi-info® versão 7.0 garantindo a exatidão com dupla digitação independente. Após verificou-se os erros e inconsistência dos mesmos e para etapa de análise foi utilizado o programa Statistical Analysis System (SAS) versão 9.3. Os escores foram obtidos pela média aritmética dos itens que compõem os atributos derivados. Para tanto, os escores originalmente variando em escala de 1 a 4, foram substituídos em escala contínua de 0 a 10 e calculados conforme a fórmula: escore de 0 a 10 do atributo X = (escore de 1 a 4 do atributo X - 1) x 10/ (4 - 1). O escore igual ou maior de 6,6 foi considerado alto escore da APS. Esse valor corresponde na escala de 1 a 4 ao escore 3 (“provavelmente sim”).

Para confiabilidade dos dados foi calculado o Alfa de Cronbach, considerando os indicadores de consistência valores de $p < 0,70$. Também, foi utilizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a distribuição de normalidade das variáveis. Para

comparar os escores dicotomizados dos atributos derivados da APS e o perfil sociodemográfico, formação e ocupação dos profissionais foram realizados o teste qui-quadrado de Pearson, e o teste U de Mann Whitney para comparar os escores contínuos dos atributos derivados segundo o tipo de unidade de trabalho.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos de estudos com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado em duas vias, sendo de posse de cada participante do estudo uma cópia do termo e outra arquivada pela pesquisadora, constando a assinatura de ambos.

Resultados

Na tabela 1, a média do escore dos atributos derivados foi representada por 7,3 ($\sigma = 1,57$) e representa que os serviços da APS são satisfatórios de acordo com esses atributos. Na tabela 2, apresenta-se as características sociodemográficas e laborais dos profissionais de acordo com baixo e alto escore. Houve significância nas seguintes variáveis com alto escore para APS: idade ($p=0,028$), na qual 60,4% ($n=297$) possuem idade menor que 30; situação conjugal ($p<0,001$), sendo que 44,4% ($n=218$) convivem com companheiro; vínculo empregatício ($p=0,009$) demonstrou que 48,9% ($n=240$) dos profissionais são estatutários; tempo de serviço ($p<0,001$) com 40,4% ($n=199$) dos profissionais trabalham no serviço a mais de três anos; e quanto ao turno de trabalho ($p<0,001$) sendo que 58,0% ($n=285$) dos profissionais trabalham em turnos mistos.

Quanto ao perfil de formação dos profissionais da APS (Tabela 3) observa-se que todas variáveis foram estatisticamente significativas para alto escore da APS. Na variável formação ($p<0,001$) houve predomínio de médicos clínicos gerais representados por 27,0% ($n=133$); 43,8% ($n=215$) concluíram a graduação em menos de 15 anos ($p<0,001$); 38,4% ($n=189$) realizaram especialização ($p=0,033$), sendo que 43,0% ($n=157$) dos profissionais concluíram a pós-graduação em menos de 6 anos. O grau máximo de formação atingido foi de mestre correspondendo à 2,4% ($n=12$).

A tabela 4 apresenta os escores dos atributos derivados atribuídos pelos profissionais da APS que atendem crianças e adolescentes vivendo com HIV. Ao

comparar os serviços segundo o tipo de unidade, os profissionais das ESF pontuaram maiores médias no atributo orientação familiar (Média=8,4) e orientação comunitária (Média=7,2) e no escore geral derivado da APS (Média=8,1), com diferenças significativas entre todos os itens ($p<0,70$). Já o atributo orientação comunitária foi insatisfatório nos serviços de UBS (Média= 5,61) e apresentou alto escore nos serviços de ESF (Média =7,2). Tanto o atributo orientação familiar quanto orientação comunitária, apresentou escores maiores nos serviços ESF.

Em relação a cada variável do atributo orientação familiar, 65,1% ($n=343$) dos profissionais destacaram-se com alto escore na questão relacionada a abordagem em consultas sobre doenças que possam acometer algum componente da família. Houve destaque com alto escore para APS à 65,8% ($n=347$) dos profissionais na questão referente a possibilidade do profissional se reunir com os familiares dos pacientes para discutir um assunto considerado importante (Tabela 5).

Na avaliação de cada variável do atributo orientação comunitária, apenas a questão relacionada à realização de visitas domiciliares demonstrou alto escore para APS, representada por 70,0% ($n=369$) dos profissionais. Quanto as demais questões, tanto de orientação familiar quanto de orientação comunitária, predominaram o baixo escore para APS (Tabela 5).

Tabela 1 – Estatística descritiva dos atributos derivados da APS de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil, 2014.

Atributo da APS	Média	Desvio Padrão	Escore (0-10)		Mínimo	Máximo	Alfa Cronbach
			Mediana				
Escore derivado	7,3	1,57	7,5		0,6	10,0	0,702
Escore orientação familiar	8,2	1,92	8,9		0,0	10,0	0,604
Escore orientação comunitária	6,4	2,02	6,8		0,0	10,0	0,671

Tabela 2 – Perfil dos profissionais por escore dos atributos derivados da APS de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil, 2014.

Variável	Alto escore ($\geq 6,6$) ($n=355$)		Baixo escore ($<6,6$) ($n=137$)		P
	N	%	N	%	
Idade (N=492)					0,028
≤ 30 anos	297	60,4	102	20,7	
>30 anos	58	11,8	35	7,1	
Sexo (N= 492)					0,900
Masculino	130	26,4	51	10,4	
Feminino	225	45,7	86	17,5	

Situação conjugal (N=491)					<0,001
Convive com companheiro(a)	218	44,4	107	21,8	
Solteiro(a)	110	22,4	15	3,1	
Outros (viúvo, divorciado ...)	26	5,3	15	3,0	
Vínculo empregatício (N=491)					0,009
Celetista	107	21,8	23	4,7	
Estatutário	240	48,9	110	22,4	
Terceirizado	7	1,2	4	1,0	
Tempo de serviço (N=492)					<0,001
≤3 anos	199	40,4	48	9,8	
>3 anos	156	31,7	89	18,1	

Tabela 3 - Perfil de formação dos profissionais de acordo com a avaliação de alto e baixo escore dos atributos derivados da APS de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil, 2014.

Atributos derivados da APS	Total (N=492)				P
	Alto escore (≥6,6)		Baixo escore (<6,6)		
	N	%	N	%	
Formação (N=492)					<0,001
Clínico geral	133	27,0	31	6,3	
Ginecologista	19	3,9	11	2,2	
Pediatra	9	1,8	18	3,7	
Enfermeiro	127	25,8	38	7,7	
Odontólogo	67	13,6	39	8,0	
Conclusão da Graduação (N=491)					<0,001
≤15 anos	215	43,8	48	9,8	
>15 anos	139	28,3	89	18,1	
Pós-graduação (N=492)					0,033
Não possui	99	20,1	29	6,0	
Residência	55	11,2	36	7,2	
Especialização	189	38,4	66	13,4	
Mestrado	12	2,5	6	1,2	
Conclusão de pós-graduação (N=365)					<0,001
≤6 anos	157	43,0	40	11,0	
>6 anos	100	27,4	68	18,6	
Formação complementar (N=492)					0,280
Sim	300	61,0	121	24,6	
Não	55	11,2	16	3,2	

Tabela 4- Comparação dos escores dos atributos derivados da APS atribuídos pelos profissionais entre os serviços de APS dos municípios do Rio Grande do Sul, Brasil, 2014 (n=524).

Atributos derivados da APS	Escore (0-10)								P
	UBS (n=243)				ESF (n= 249)				
	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	
Orientação familiar	7,9	2,2	0	10	8,4	1,5	3,3	10	0,039
Orientação comunitária	5,6	2,2	0	10	7,2	1,5	2,2	10	<0,001
Escore derivado da APS	6,8	1,7	0,6	10	8,1	1,2	0,4	10	<0,001

*Teste Mann-Whitney (Existe diferença entre avaliação dos profissionais de ESF e UBS)

Tabela 5 – Comparação dos escores das questões dos atributos derivados de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil, 2014.

Atributos derivados – PCATool	Alto escore (≥6,6)		Baixo escore (<6,6)		P
	n	%	n	%	
Orientação Familiar (n=524)					
O profissional de saúde questiona os pacientes quanto suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família.	238	45,4	286	54,6	0,069
O profissional de saúde pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes.	341	65,1	183	34,9	0,957
O profissional de saúde está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar.	345	65,8	179	34,2	0,004
Orientação Comunitária (n=492)					
O profissional de saúde ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares.	340	69,1	152	30,9	<0,001
O profissional de saúde acredita que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende.	204	41,5	288	58,5	0,006
O serviço de saúde do profissional ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde.	217	44,1	275	55,9	<0,001
Realização de pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas.	94	19,1	398	80,9	0,004
Realização de pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer.	79	16,1	413	83,9	<0,001
Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	175	35,6	317	64,4	0,021

Discussão

O escore (7,3) dos atributos derivados demonstrou ser satisfatório nos serviços da APS dos municípios de origem das crianças e adolescentes vivendo com HIV atendidos em serviço especializado, uma vez que valores superiores ao escore 6,6 identificam a presença e extensão destes atributos⁷.

Os atributos derivados, orientação familiar e orientação comunitária, quando compõem os serviços da APS favorecem o planejamento e o desenvolvimento de ações que permitem a atenção mais efetiva aos usuários. Isso reforça a necessidade da prática em saúde ser resolutiva e integral, considerando a singularidade e a autonomia do indivíduo¹¹.

Destaca-se que não foi localizado estudos que mensurem a comparação de escore dos atributos derivados com o perfil sociodemográfico. Portanto, não foi possível a comparação com resultados de outras pesquisas, sendo estes inéditos na literatura.

Como também, apenas a variável “pós-graduação” do perfil de formação dos profissionais possibilitou comparação com outro estudo, sendo evidenciado que 38,4% (n=189) dos entrevistados realizaram especialização como pós-graduação e isto foi estatisticamente significativo para o alto escore da APS. Assim como no estudo desenvolvido em Porto Alegre/RS, que avaliou os escores essenciais e geral da APS⁸. O grau máximo de pós-graduação dos profissionais foi o de mestre em ambos os estudos.

Houve um elevado número de profissionais dos serviços da APS que não atendiam crianças vivendo com HIV (47,7%) e que não atendiam adolescentes vivendo com HIV (47,4%). Como já mencionado, atualmente ainda há preconceito com a AIDS por ser uma Doença Sexualmente Transmissível, em consequência pais de crianças e adolescentes temem revelar o diagnóstico devido a discriminação e ao sigilo na comunidade quanto a sorologia. Por esses motivos, profissionais da APS realizam o atendimento à essa população, porém podem desconhecer a sorologia do HIV.

Um dos desafios nos serviços da APS é considerar as crianças e adolescentes vivendo com HIV e suas famílias como protagonistas do cuidado. Corroborando com o resultado do estudo, o qual apresentou alto escore nos serviços de UBS (7,9) e ESF (8,4) no atributo derivado orientação família o que representa presença e extensão na APS. Em outro estudo, o qual apresentou escore satisfatório nos serviços no atributo orientação familiar, mães de crianças menores de um ano de idade relataram que os médicos e enfermeiros da APS conheciam suas famílias e seus principais problemas, e acreditavam que a equipe de saúde estava interessada em saber os problemas de saúde da comunidade¹².

Em controvérsia, estudo com experiência de profissionais de saúde o atributo orientação familiar obteve baixo escore para APS⁹. Também, em estudos com usuários, o mesmo atributo indicou baixo escore para APS nos diferentes serviços^{9,11,13,14}. Os profissionais de saúde avaliam seus serviços como atenção qualificada de acordo com os recursos disponíveis. Já os usuários, diferentemente, ao avaliarem os serviços percebem a falta de recursos humanos e materiais, e referem que não há resolutividade.

O atributo orientação comunitária apresentou baixo escore para UBS (5,6) e alto escore para as unidades de ESF (7,2). A ESF tem sido implementada a fim de garantir a atenção das famílias e comunidade em função de mudanças no perfil de morbimortalidade do país. Nos últimos anos, o aumento significativo das condições crônicas, como a AIDS, e da sobrevivência dos usuários portadores de doenças infectocontagiosas, modificou os serviços de saúde, como a integração dos usuários, família e comunidade nos serviços^{15,16}.

O serviço da APS predominante do estudo foi a ESF (n=249), sendo que obteve escore maior (8,1) o que indica atenção à saúde satisfatória. Tal resultado também foi encontrado em outros estudos^{8,14,17}. Nesse sentido, os resultados representam a transformação do modelo assistencial a fim de apreender as características individuais dos usuários e da comunidade. Por meio de orientações e normatizações de políticas nacionais para consolidar as redes de atenção enfatizando a promoção da saúde de acordo com os determinantes sociais e necessidades da comunidade^{13,14,16}.

Quanto ao enfoque familiar, 65,1% (n=341) dos profissionais questionam durante a consulta quanto a existência de doenças e problemas de saúde na família. Tem-se como resultado que 65,8% (n=345) desses profissionais estão dispostos para discutir problemas de saúde com a família. Embora apenas 45,4% (n=238) dos profissionais considerem as ideias e opiniões para planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família. Em estudo com usuários atendidos em unidades básicas, os mesmos itens analisados no atributo orientação familiar indicaram que as práticas de saúde exercidas, ainda não valorizam aspectos familiares²⁰.

A orientação para a comunidade analisa as ações elaboradas e aplicadas ao usuário, e não somente para o usuário. Sendo assim, a efetividade da orientação comunitária está associada com alguns fatores, como as ações de visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde¹⁵. No estudo, apenas o item visita

domiciliar (69,1%, n=340) destacou-se com alto escore para APS. Entretanto, em estudo com usuários, a visita domiciliar apresentou o menor escore no atributo orientação familiar²⁰.

No contexto da epidemia da AIDS a prática da visita domiciliar atrela-se à facilidade do acesso, ampliação da equidade e interpretação da doença por meio do reconhecimento do cotidiano das pessoas vivendo com HIV. As visitas domiciliares proporcionam o contato direto com a comunidade ao viabilizar a intermediação entre o domicílio e a unidade de saúde²¹.

Os demais itens do atributo orientação comunitária (conhecimento adequado da comunidade; opiniões e ideias do usuário para adequações do serviço; desenvolvimento de pesquisas na comunidade; e representação de líder no Conselho Local de Saúde) apresentaram baixo escore para APS, o que sinaliza a necessidade de rever a atenção à saúde. Considerando que o usuário do serviço deve participar efetivamente da formulação de propostas e ações para a efetividade da atenção à saúde²⁰.

A avaliação é uma ferramenta fundamental para o planejamento de atividades, porém na prática ainda não é propulsora de tomada de decisões e não está associada ao gerenciamento. O ideal é acompanhar os efeitos de intervenções, conhecer a percepção dos usuários sobre a atenção à saúde e atribuir um julgamento para essas ações. Assim, estimulará os profissionais de saúde incentivar à participação ativa dos usuários da comunidade a fim da garantia de autonomia e quanto ao papel de responsabilidade na atenção à saúde⁵.

Todavia, a avaliação é peça fundamental para o planejamento de atividades, porém os dados representaram que na prática não se estabelece como ferramenta gerencial e propulsora de tomada de decisões. Como também, sabe-se que a participação do representante da comunidade em conselhos locais de saúde é imprescindível para obter políticas e ações sustentáveis para beneficiar a própria comunidade.

Sabe-se que (re)conhecer o usuário favorece a construção da atenção integral e resolutiva com intuito de fortalecer as características que compõem a APS, e conseqüentemente redução de morbimortalidade infantil e em adolescentes vivendo com HIV por causas evitáveis¹¹. Uma das ferramentas que facilita o contato entre profissionais e famílias nos diferentes pontos de rede de atenção à saúde é a

comunicação. Há o fortalecimento do vínculo, ao facilitar o conhecimento e o cuidado, visto que permite conforto ao usuário em relatar suas preocupações²².

Destaca-se que a AIDS representa um desafio para os profissionais e sociedade devido seu caráter estigmatizante e discriminatório, sendo essencial a comunicação verbal e não-verbal para facilitar as relações entre o profissional, o usuário e sua família²³. Os sistemas de saúde que possuem uma APS fortalecida são mais efetivos visto que proporcionam maior promoção da saúde, desenvolvimento de ações de prevenção e atenção qualificada às crianças e adolescentes vivendo com HIV. Estudos que avaliaram o enfoque familiar e orientação comunitária indicaram a necessidade de ampliar a prática clínica dos enfermeiros no cuidado à crianças e adolescentes, a utilização de ferramentas como a clínica ampliada auxilia no processo de trabalho em saúde voltado para o cuidado centrado nos usuários, além da doença, o contexto individual e o âmbito coletivo¹¹. Outra ferramenta é a educação em saúde, a qual deve ir ao encontro das características e expectativas das crianças e adolescentes vivendo com HIV²³. O cuidado integral é considerado quando há capacidade cognitiva do usuário e dos aspectos socioculturais.

Salienta-se que os resultados foram interpretados com algumas limitações, pois apontaram a visão dos profissionais sendo interessante que fossem consideradas também a visão de usuários e de gestores. Todavia, a carência de estudos nacionais sobre o tema aponta para relevância de avaliações similares. Os resultados deste estudo apontaram que a ESF é o serviço de qualificação da APS. Nesse sentido, espera-se que as informações desta pesquisa possam contribuir para mudanças na atenção oferecida à população de crianças e adolescentes vivendo com HIV. A partir de discussões para qualificar o atendimento priorizando o núcleo familiar e a comunidade dentro de suas reais necessidades.

Os serviços apresentarem alto escore nos atributos derivados da APS, embora haja fragilidades recorrentes como o interesse dos profissionais de saúde em considerar a opinião do usuário e seus familiares para o planejamento do tratamento. Apenas o item relacionado à visita domiciliar foi significativamente satisfatório no atributo orientação para comunidade.

REFERÊNCIAS

1 - Sherlock MSM, Cardoso MVLML, Lopes MMCO, Lélis, ALPA, Oliveira NR..

Imunização em criança exposta ou infectada pelo HIV em um serviço de imunobiológicos especiais. Esc. Anna Nery R. Enferm. 2011;5(3):573-80.

2 – Bubadué RM, Paula CC, Carnevale F, Marín SCO, Brum CN, Padoin SMM. Vulnerabilidade ao adoecimento de crianças com HIV/AIDS em transição da infância para a adolescência. Esc. Anna Nery (impr.), 2013;17(4): 705-12.

3 - Navarro AMA, Bezerra VP, Oliveira DA, Moreira MASP, Alves MSCF, Gurgel SN. Representações sociais do HIV/AIDS: percepções da atenção primária à saúde. Cuid. Fundam. Online. 2011;(ed. Supl.): 92-99.

4 - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica - Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Saúde, 1ª edição, Brasília, 2010.

5 – Nogueira JA, Trigueiro DRSG, Sá LD, Silva CA, Oliveira LCS, Villa TCS, Scatena LM. Enfoque familiar e orientação para comunidade no controle da tuberculose. Rev. Bras. Epidemiologia. 2011;14(2):207-16.

6 - Starfield B. Primary Care: balancing health needs: services and technology. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

7 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil /Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Brasília, 2010.

8 - Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(9):1772-84.

9 - Alencar MN, Coimbra LC, Moraes APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde

da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(2): 353-64.

10 - Araújo JP, Toso BRGO, Collet N, Nassar PO, Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. *Acta Paul. Enferm.* 2014;27(5): 440-6.

11 - Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima MS, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. 2011;19(1):1-8.

12 - Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na atenção primária. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(2):[8 telas].

13 - 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.

14 - Villamizar LAR, Ramírez NA, Rodríguez MR. Evaluación del desempeño de servicios de atención primaria em salude: experiencia em municipios rurales em Santander, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2013;15(2):183-95.

15 - 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.

16 - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Política Nacional de Atenção Básica - Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 1ª edição, Brasília, 2012.

17 - 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.

18 - Souza DO, Silva SEV, Silva NO. Determinantes sociais da saúde: reflexões a

partir das raízes da “questão social”. Saúde Soc. 2013;22(1):44-56.

19 - Silva KL, Sena RR, Belga SMMF, Silva PM, Rodrigues AT. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. Rev. Saúde Pública [online]. 2014;48(1):76-85.

20 - Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, Fermino TZ, Santos CB. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de atenção básica à saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(1):48-55.

21 - Tschudy MM, Platt RE, Serwint JR. Extending the medical home into the community: a newborn home visitation program for pediatric residents. Acad Pediatr. 2013;13(5):443-50.

22 - Lavoie-Tremblay M, Bonin JP, Bonneville-Roussy A, Briand C, Perreault M, Piat M, Lesage A, Racine H, Laroche D, Cyr G. Families' and decision makers' experiences with mental health care reform: the challenge of collaboration. Arch Psychiatr Nurs. 2012;26(4):41-50.

23 - Sousa ASO, Silva AL. O cuidado a pessoas com HIV/aids na perspectiva de profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(4):907-14.

3 DISCUSSÃO

A atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV envolve a reorganização de políticas públicas na promoção da saúde considerando essa população, suas famílias e comunidade (SILVA, 2011). Os usuários portadores do HIV demandam cuidados específicos contínuos em serviços de saúde. Entretanto, sabe-se que há necessidade de integralidade entre os serviços da APS e especializados para o crescimento e desenvolvimento saudáveis dessas crianças e adolescentes.

Nesse sentido, os serviços da APS constituem base importante na atenção organizada pelo SUS, pois são a porta de entrada preferencial dos usuários no sistema (BRASIL, 2007). Já o serviço especializado em HIV tem como objetivo oferecer ao portador do HIV uma assistência diferenciada realizada por equipe multidisciplinar capacitada.

Diante desse contexto, o desenvolvimento de uma revisão bibliográfica integrativa acerca dos atributos derivados possibilitou o reconhecimento dos pontos positivos e fragilidades que interferem nesses atributos em determinados países. A busca evidenciou oito fatores que interferem no atributo orientação familiar, sendo esses: conhecimento do ambiente e das condições psicossociais; atitudes dos profissionais; compreensão da importância do cuidado voltado à família; formação adicional; concordância de um membro da família; comunicação; oficina de educação em saúde; aconselhamento. E quatro fatores interferem na orientação comunitária: visitas domiciliares; estratégias para monitorar a efetividade do serviço; falta de recursos; e interação com o usuário.

A revisão integrativa é uma ferramenta necessária no processo de comunicação dos resultados de uma pesquisa, pois sua utilização facilita a prática clínica ao proporcionar uma síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para qualificar a atenção à saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Na enfermagem é imprescindível conciliar o conhecimento oriundo de pesquisas à prática clínica, sendo a contribuição da revisão integrativa evidente na melhoria do cuidado prestado aos usuários e suas famílias.

A utilização do instrumento PCATool- Brasil- versão profissionais pode suprir a ausência de rigor em identificar e diferenciar os diferentes modelos de atenção ambulatorial, favorecendo a busca de evidências sobre a real efetividade da APS. Têm como objetivo mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS em diferentes serviços de saúde. Além de ser utilizado para meio acadêmico, o instrumento pode ser

utilizado para avaliar e monitorar a qualidade da APS no âmbito rotineiro das equipes de saúde da família (BRASIL, 2010).

Sendo assim, o escore dos atributos derivados representou alto escore, o que indica a presença e extensão destes atributos nos serviços. Para que os serviços se constituam porta de entrada preferencial eficaz e resolutivo é necessário que a APS funcione de acordo com seus princípios orientadores, sendo estruturada com os atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) (STARFIELD, 2002).

O atributo orientação familiar obteve alto escore nos serviços de ESF (8,4) e UBS (7,9). Em outro estudo mães de crianças menores de um ano de idade relataram que os profissionais conhecem suas famílias e seus principais problemas, assim como acreditam que os mesmos estão interessados em conhecer os problemas da comunidade (FURTADO, 2013).

O atributo orientação para comunidade apresentou alto escore para ESF (7,2), porém nas UBS baixo escore (5,6). Em função do perfil de morbimortalidade no país apontar significativo aumento das condições crônicas de saúde, como a AIDS, as necessidades de saúde exigem profundas mudanças nos serviços de saúde, como a implementação das ESF a fim de garantir a atenção aos usuários e à comunidade (LAVRAS, 2011).

O estudo indicou que o modelo de atenção predominante foi a ESF, como também esses serviços apresentaram escore maior (8,1). Isso representa a transformação do modelo assistencial, orientado pelas políticas nacionais a fim de consolidar a atenção enfatizando os determinantes sociais de saúde. (BRASIL, 2012).

4 CONCLUSÃO

O presente estudo apontou que, na experiência de profissionais da APS que atendem crianças e adolescentes vivendo com HIV, os atributos derivados da APS, orientação familiar e orientação comunitária, com alto escore passa APS. Assim representando a extensão e presença desses atributos na APS, o que contribui para atenção de qualidade.

Entretanto, alguns itens desses atributos representaram baixo escore para APS. Como o item do atributo orientação familiar que se refere ao profissional de saúde que questiona os pacientes quanto suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família. Já no atributo orientação familiar apenas o item referente à realização de visitas domiciliares obteve alto escore para APS, as demais questões não apresentaram-se satisfatória.

Os resultados evidenciaram que há necessidade dos profissionais de saúde em (re)conhecer os problemas de saúde da comunidade que atende por meio da realização de pesquisas com usuários da comunidade. Também, os profissionais devem incentivar representantes em conselhos de saúde, pois assim há busca pela autonomia e direitos dos usuários.

Avaliar a APS beneficia a população de crianças e adolescentes vivendo com HIV, uma vez que qualifica as ações de saúde que devem ser reproduzidas nos serviços, assim como as fragilidades que necessitam de investimentos para promoção a saúde resolutiva. Na especificidade da infecção pelo HIV é preciso a elaboração de um fluxo para os usuários entre os serviços do SUS para a integração e qualificação contínua da atenção à saúde. É imprescindível conhecer o usuário, sua família e comunidade para o desenvolvimento de ações que supram as necessidades dos mesmos.

O estudo contribuiu para a tríade pesquisa, ensino e prática assistencial. Na pesquisa, a utilização do instrumento PCATool- Brasil- versão profissionais aplicado aos profissionais da APS os quais atendem crianças e adolescentes vivendo com HIV. Aponta-se que há poucos estudos no cenário da APS com foco na população de usuários soropositivos, visto que a procura por serviços especializados ainda mostra-se preferencial devido à capacitação dos profissionais e a resolutividade. Nesse sentido, faz-se necessário avaliar a atenção à essa população na APS para o (re)conhecimento dos pontos positivos e das fragilidades. Também, a pesquisa contribuiu na ampliação e aprofundamento do conhecimento do grupo de pesquisa

a fim de investir em demais pesquisas e divulgar os resultados obtidos em eventos e órgãos governamentais.

Para o ensino, o conhecimento da realidade da APS de municípios do Rio Grande do Sul amplia as discussões, especialmente da enfermagem, acerca da atenção à saúde das crianças e adolescentes vivendo com HIV. Sendo possível realizar a associação entre teoria e prática de modo a incentivar ações na APS a fim de fortalecer os atributos derivados. Ressalta-se que a universidade tem compromisso na formação qualificada dos discentes visto a importância dos mesmos em conhecer a realidade dos serviços assistenciais.

Para a assistência, a partir da divulgação dos resultados do presente estudo espera-se que profissionais e gestores invistam em novas estratégias e ações para fortalecer a APS diante da população de crianças e adolescentes com HIV. Sugere-se o desenvolvimento de capacitações aos profissionais de saúde com objetivo de revigorar o conhecimento sobre a temática do HIV e a utilização de ferramentas como escuta qualificada com intuito de aproximar-se da realidade do usuário para o planejamento adequado do tratamento.

Também, espera-se que a pesquisa incentive o desenvolvimento da avaliação dos serviços da APS e da comunidade. Essa ferramenta gerencial é fundamental para o planejamento de atividades e propulsora de tomada de decisões. Também, estimular a representação da comunidade em conselhos locais de saúde, pois é imprescindível para obter políticas e ações sustentáveis à comunidade.

O estudo contribuiu para discussões de políticas públicas no sentido de fortalecimento da APS como serviço de primeiro contato para crianças e adolescentes vivendo com HIV. Como também, propõem-se uma reorganização do fluxo para o atendimento dessa população a fim de realizar atenção contínua e resolutiva, e intensificar a aproximação dos profissionais de saúde com os usuários, famílias e comunidade.

Após defesa da dissertação, os dados serão divulgados através de artigos científicos, participação em eventos e encontros com o grupo de pesquisa PEFAS para disseminar os resultados. Também, serão confeccionados banners com intuito de serem expostos nos serviços de APS dos municípios de coleta como forma de compartilhar os principais resultados com os profissionais, gestores e usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. et al. Produção científica sobre a prática do enfermeiro frente à AIDS na atenção básica de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.400-5, 2007.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 261 -278, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**: curso de capacitação: introdução: módulo 1. 2. ed. rev., 1.^a reimpressão. Ministério da Saúde, 32 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).Brasília, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**. Ministério da Saúde, 280 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).Brasília, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c. 80 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, 2006.

BRASIL, 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**. 200p. (Série Manuais, n 85). Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes**. 172p. (Série Manuais, n. 46). Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool pcatool - Brasil /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Brasília, 2010b.

BRASIL. Nações Unidas. **Declaração Política sobre HIV/AIDS: Intensificando nossos esforços para eliminar o HIV/AIDS**. Resolução adotada pela Assembléia Geral em 10 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica - Departamento de Atenção Básica**. 1ª edição, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a esta Resolução. Brasília, 2013.

COSTA, J. S. D.; VICTORA, C. G. O que é “um problema de saúde pública”? **R. 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.

FONSECA, M. G. R.; BASTOS, F.I. Vinte e cinco anos da epidemia de HIV e Aids no Brasil: principais achados epidemiológicos. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 23, suppl.3, p. S333-S343, 2007.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ci. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p. 881-92, 2011.

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. **Caderno de Saúde Pública.**, 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.

LAVRAS C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.** v. 19, n. 4, p. 867-74, 2011.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; SA, P. K. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. **Int. J. Health Plann Manage.** v.19, n.4, p.303-17, 2004.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; SA, P. K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health Policy Plan.** v.22, n.3, p.167-77, 2007.

MATIDA, L. H. et al. AIDS by mother-to-child transmission: survival analysis of cases followed from 1983 to 2002 in different regions of Brazil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 435- 444, 2007.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Contexto em enfermagem**, 2008.

NEMES, M. I. B. et al. **QUALIAIDS - Avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em AIDS no SUS**. Ministério da Saúde, 100 p. Brasília 2004.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978, Casquistão, URSS.

PADOIN, S. M. M. et al. Cuidado ao cuidador de crianças e de adolescentes com HIV/AIDS: estratégias para potencializar os atributos da família. In: LACERDA, M. R., COSTENARO R. G. S. (Org.). **O cuidado e o cuidador: teias de possibilidades de quem cuida**, 2012.

PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M. **Cuidado de enfermagem à criança com HIV/AIDS**. Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF) Saúde da Criança e do Adolescente. v.7, n.2, 2012a.

PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M. **Cuidado de enfermagem ao adolescente com HIV/AIDS**. Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF) Saúde da Criança e do Adolescente. v.7, n.4, 2012b.

POLEJACK, L., E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl. 10, p. 1201 – 1208, 2010.

SCHAURICH, D.; MEDEIROS, H. M. F.; MOTTA, M. G. C. Vulnerabilidades no viver de crianças com AIDS. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.284-290, 2007.

SHERLOCK, M. S. M. et al. Imunização em criança exposta ou infectada pelo HIV em um serviço de imunobiológicos especiais. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p. 573-80, 2011.

SILVA, L. M. S. et al. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/AIDS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.14, n.2, p.97-104, 2005.

SILVA, S. F. R. et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **Rev Brasileira de Análises Clínicas.**, Rio de Janeiro, v.42, n.3, p.209-12, 2010.

SILVA, R.A.R. Situação atual de crianças e adolescentes portadores de HIV no Brasil. **FIEP Bulletin.** v. 81, n. 2, artigo especial, 2011.

STARFIELD, B. **Primary care:** concept, evolution and policy. New York: Oxford University Press, 1992.

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

ANEXOS

Anexo A - Emenda ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.

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: 3

CAAE: 12223312.3.0000.5346

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 533.126

Data da Relatoria: 30/01/2014

Apresentação do Projeto:

As crianças com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) exigem demandas de acompanhamento em saúde além do habitual, devido às especificidades de sua condição sorológica. No entanto, a falta de acesso aos serviços de Atenção Primária de Saúde (APS) resulta na busca da resolução dos problemas de saúde de baixa e média complexidade nos hospitais, principalmente, nos serviços de emergência. Isso gera um viés do sistema, atribuindo ao serviço de referência à porta de entrada do mesmo. Assim, o fortalecimento de ações de promoção da saúde na APS é uma estratégia importante para reduzir os índices de morbidade e de mortalidade na população infantil. Tem-se como questão de pesquisa: qual a qualidade da APS sobre a saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS?

Objeto de estudo: os atributos da APS às crianças e aos adolescentes com HIV/AIDS e objetivo: avaliar a presença e a extensão dos atributos da

APS às crianças e aos adolescentes com HIV/AIDS, segundo o instrumento PCATool-Brasil. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de abordagem

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



Continuação do Parecer: 533.126

quantitativa com delineamento transversal analítico. A população do estudo contempla os pais ou cuidadores (avós, tios ou cuidadores legais), identificando-se familiar/cuidador que é o maior responsável pelo cuidado à saúde da criança com HIV/AIDS e os profissionais da APS no município de Santa Maria/RS/BR. O cenário de coleta de dados será o Serviço infectologia no ambulatório de pediatria do HUSM e os serviços de APS do município de Santa Maria/RS/BR. A coleta dos dados será realizada por meio de entrevista com aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão Criança e versão Profissionais. Este questionário avalia o quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da APS. A análise dos dados será realizada no Programa Predictive Analytics SoftWare (PASW) versão 18.0 for windows e serão construídos escores por atributo, escore dos atributos essenciais, dos derivados e escore geral de APS. Assim, a mensuração da presença e a extensão destes atributos são fundamentais para definir um serviço como orientado para a APS e a associação entre estes atributos e os resultados permite verificar a efetividade da atenção sobre a saúde da população. Serão respeitados os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos, seguindo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional 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:

os riscos e benefícios estão de acordo com o projeto original pois a emenda apenas aumenta o campo de coleta de dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

adequada como a versão anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

os termos apresentados estão adequados

Recomendações:

.

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



Continuação do Parecer: 533.126

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovar a emenda solicitada

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 18 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Félix Soares
(Coordenador)

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Título da pesquisa: AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CRIANÇA E ADOLESCENTE VIVENDO COM HIV/AIDS: VERSÃO PROFISSIONAIS

Objetivo do estudo: Analisar o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado na percepção dos profissionais dos serviços da APS dos municípios de origem das crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS, os quais mantêm acompanhamento ambulatorial permanente no serviço de referência de Santa Maria/RS/BR.

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:** responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção à saúde prestada no seu serviço de saúde. 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 C - 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 D - 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 adoecer, 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 julgarem necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado, existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecerem?	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,	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?

A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?

4 3 2 1 9

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 3 2 1 9

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 3 2 1 9

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 3 2 1 9

B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?

4 3 2 1 9

B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?

4 3 2 1 9

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"/>
B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	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 prescritas 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"/>
C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	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"/>
<u>Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?</u>					
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	Provavelm ente, sim	Provavelm ente, 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	Provavelm ente, sim	Provavelm ente, 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	Provavelm ente, sim	Provavelm ente, 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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Anexo E – Termo de Confidencialidade.

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

Termo de Confidencialidade

Título do estudo: Qualidade da atenção primária à saúde da criança e adolescente vivendo 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