

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

**ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV/AIDS:  
AVALIAÇÃO DOS FAMILIARES/CUIDADORES**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Clarissa Bohrer da Silva**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2014**

**ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES  
VIVENDO COM HIV/AIDS: AVALIAÇÃO DOS  
FAMILIARES/CUIDADORES**

**Clarissa Bohrer da Silva**

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

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristiane Cardoso de Paula**  
**Co-orientador: Prof. Dr. Luis Felipe Dias Lopes**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2014**

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

Bohrer da Silva, Clarissa  
ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO  
COM HIV/AIDS: AVALIAÇÃO DOS FAMILIARES/CUIDADORES /  
Clarissa Bohrer da Silva.-2014.  
87 p.; 30cm

Orientadora: Cristiane Cardoso de Paula  
Coorientador: Luis Felipe Dias Lopes  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de  
Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2014

1. Saúde da Criança 2. Saúde do Adolescente 3. HIV  
4. Atenção Primária à Saúde 5. Enfermagem I. Cardoso  
de Paula, Cristiane II. Felipe Dias Lopes, Luis III.  
Título.

---

© 2014

Todos os direitos autorais reservados a Clarissa Bohrer da Silva. A reprodução de partes ou de todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: clabohrer@gmail.com

---

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


**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a dissertação de mestrado:**

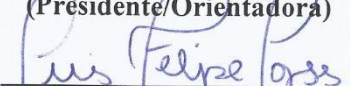
**ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO  
COM HIV/AIDS: AVALIAÇÃO DOS FAMILIARES/CUIDADORES**

elaborada por  
**Clarissa Bohrer da Silva**

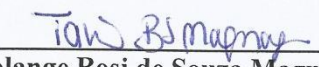
como requisito para obtenção do grau de  
**Mestre em Enfermagem.**

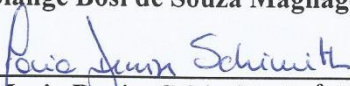
**COMISSÃO EXAMINADORA:**

  
**Cristiane Cardoso de Paula, Dr<sup>a</sup> (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

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

\_\_\_\_\_  
**Erno Harzheim, Dr. (UFRGS)**

  
**Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dr<sup>a</sup> (UFSM)**

  
**Maria Denise Schimith, Dr<sup>a</sup> (UFSM)**

Santa Maria, 27 de novembro de 2014.

## AGRADECIMENTOS

*Ao longo desta trajetória pude contar com o apoio e o carinho de muitas pessoas, cada uma a seu tempo e modo propiciaram as condições materiais e emocionais necessárias para fazer este produto acontecer.*

*Agradeço à minha mãe, **Lia**, e meu irmão, **Leonardo**, pelo amor incondicional, compreensão, apoio, incentivo e paciência que demonstraram nessa trajetória. E por tudo que significam em minha vida, eu amo vocês!*

*Ao meu namorado, **Renan**, pelo companheirismo nesses anos, por compreender que a distância era necessária para que o sonho se tornasse realidade. Por me apoiar nos momentos difíceis e comemorar comigo nas conquistas. Eu te amo!*

*Aos demais **familiares**, pelas palavras de carinho e compreensão da minha ausência em alguns momentos.*

*À minha orientadora **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristiane Cardoso de Paula** pelas oportunidades de convívio e aprendizado pessoal e profissional, estando ao meu lado a cada etapa, sendo minha fonte de inspiração e ensinamento.*

*Ao meu co-orientador **Prof Dr Luis Felipe Dias Lopes** pela paciência, carinho e disponibilidade ao possibilitar o meu aprendizado na análise desta pesquisa.*

*À **banca examinadora**, **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tânia Bosi de Souza Magnago**, **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Denise Schimith** e **Prof Dr Erno Harzheim** pela disponibilidade, dedicação e contribuições para a realização deste trabalho.*

*Aos **colegas do curso de Mestrado em Enfermagem da UFSM** pelas trocas de experiências e amizade.*

*Aos integrantes do **Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade** pelo apoio e conhecimento compartilhado nas experiências vividas, especialmente, aqueles que contribuíram para esta pesquisa.*

*Às **colegas do Grupo de Estudos PCATool**, pelas discussões e aprendizado, além dos momentos de alegria e descontração.*

*À **Crhis de Brum**, por todo apoio, carinho e amizade, que, independente da distância, contribuiu ativamente para o meu crescimento profissional e pessoal.*

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

*À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul** pela concessão de bolsa de mestrado o que possibilitou uma dedicação integral ao curso de mestrado e um aprendizado singular.*

*À equipe técnica da **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria** pela confiança e cumplicidade com que fui recebida e pela oportunidade especial de aprendizado.*

*À todas as pessoas que, de alguma forma, se fizeram presente nessa trajetória.*

## RESUMO

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

### **ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV/AIDS: AVALIAÇÃO DOS FAMILIARES/CUIDADORES**

AUTORA: CLARISSA BOHRER DA SILVA

ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

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

Local e data da defesa: Santa Maria, 27 de novembro de 2014.

Objetivou-se avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde às crianças e aos adolescentes vivendo com HIV/AIDS, segundo o instrumento PCATool-Brasil versão Criança. Essa dissertação faz parte de um projeto matricial, o qual se trata de uma pesquisa transversal, desenvolvida em um serviço ambulatorial de infectologia pediátrica, com os familiares/cuidadores das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS. A coleta dos dados realizou-se por meio da aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão Criança. Foi realizada a análise com o *Software SAS* versão 9.3. Respeitaram-se os aspectos éticos de acordo com a Resolução 196/96, em vigência no período da pesquisa. A população totalizou em 71 familiares/cuidadores entrevistados, dos quais 51% a criança/adolescente tinha idade entre 13 a 19 anos, 51% residiam em outros municípios, 54% a mãe era o cuidador principal e 54% tinha renda abaixo de 1000 reais. Quanto ao perfil clínico, 90% das crianças/adolescentes adquiriu o HIV por transmissão vertical, 51% fazia tratamento. No que se refere à utilização dos serviços de saúde, 94% conhecia o serviço de saúde mais próximo da residência, sendo 95% um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), entretanto, apenas 44% levava a criança/adolescente neste serviço. Para a avaliação da qualidade da atenção à saúde das crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS foram apontados como fonte regular de atenção o serviço de APS e, majoritariamente, o serviço especializado ao HIV (78,8%). Os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os serviços, visto que ambos apresentaram valores de escores satisfatórios (média  $\geq 6,6$ ) para os atributos: Acesso de Primeiro Contato – utilização; Acesso de Primeiro Contato – acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação – integração dos cuidados; Coordenação – sistema de informações; Integralidade – serviços disponíveis. Na análise conjunta dos atributos, nenhum serviço (especializado e APS) apresentou valor satisfatório de Escore Geral, porém obtiveram próximo ao ideal (médias 6,43 e 6,13, respectivamente). Além disso, nenhuma variável sociodemográfica, clínica e de utilização do serviço esteve associada ao alto Escore Geral. Não houve distinção entre os serviços de saúde, entretanto ressalta-se a necessidade de integração entre ambos visando à qualificação da atenção e ao aprimoramento de seus atributos, o que implica em reformulações nos aspectos de estrutura e desempenho. O estudo apresenta limitação pelo tamanho da população e por ter sido realizado em município de médio porte, a generalização dos dados deve ser feita com cautela.

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

## **ABSTRACT**

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

### **HEALTH CARE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS LIVING WITH HIV/AIDS: EVALUATION OF FAMILY/CAREGIVERS**

**AUTHOR: CLARISSA BOHRER DA SILVA**  
**ADVISOR: CRISTIANE CARDOSO DE PAULA**  
**CO-ADVISOR: LUIS FELIPE DIAS LOPES**

Date and place of the defense: Santa Maria, November 27<sup>th</sup>, 2014.

The objective was to assess the presence and extent of the attributes of primary health care to children and adolescents living with HIV/AIDS, according to the PCATool-Brazil Child version instrument. This dissertation is part of a matrix design, which is a cross-sectional survey, conducted in an outpatient facility for pediatric infectious diseases, with family members/caregivers of children and adolescents living with HIV/AIDS. Data collection was carried out by applying the PCATool-Brazil Child version instrument. The analysis was performed with the software SAS version 9.3. Respected to the ethical aspects in accordance with Resolution 196/96, in force during the study period. The population amounted to 71 family/caregivers, 51% of which children/adolescents were between 13 and 19 years old, 51% lived in other cities, 54% the mother was the primary caregiver and 54% had income below 1000 actual. The clinical profile, 90% of children/adolescents acquired HIV through vertical transmission, 51% was receiving treatment. As regards the use of health services, 94% knew the nearest health service, 95% had a Primary Health Care service (PHC), however, only 44% took the child/adolescent in this service. To evaluate the quality of health care for children and adolescents living with HIV/AIDS were identified as regular source of care PHC service and, mostly, specialized service to HIV (78.8%). The results showed no statistically significant differences between services, as both had satisfactory scores values (mean  $\geq 6,6$ ) for attributes of: First Contact Access - use; First Contact Access - accessibility; Longitudinality; Coordination - integration of care; Coordination - information system; Integrality - available services. On the analysis of attributes, no service (specialized and PHC) showed satisfactory value overall score, but had near ideal (average 6.43 and 6.13, respectively). Furthermore, no sociodemographic variable, clinical and service usage was associated with high overall score. There was no distinction between health services, however emphasize the need to integrate both services aiming to improve care and improvement of its attributes, which implies reformulations in the aspects of structure and performance. The study had a limitation by the size of the population and it was produced in a medium-sized city, and the generalization of data should be made with caution.

**Keywords:** Child health. Adolescent health. HIV. Primary health care. Nursing.

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

Tabela 1 –	Caracterização dos artigos analisados LILACS, PubMed e Scopus, 2014.....	35
------------	--	----

### Artigo 2

Tabela 1 –	Características sociodemográficas, clínicas e de utilização dos serviços de crianças e adolescentes com HIV/AIDS, segundo o tipo de serviço referido pelos familiares/ cuidador como fonte regular da atenção. 2013. (N=71) .....	50
Tabela 2 –	Comparação entre as médias dos escores dos atributos entre os tipos de serviços referidos como fonte regular de atenção. 2013. (N=71) .....	51
Tabela 3 –	Associação das características sociodemográficas, clínicas e de utilização dos serviços de saúde com o alto/baixo escore, segundo a fonte regular da atenção das crianças e adolescentes com HIV/AIDS. 2013. (N=71).....	52



## LISTA DE QUADROS

### Artigo 1

Quadro 1 – Síntese do <i>corpus</i> da revisão integrativa. LILACS, PubMed e Scopus, 2014.....	31
--	----

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** – Atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde..... 17

### **Artigo 1**

Figura 1 – Estrutura da seleção de estudos sobre os cuidados desenvolvidos às pessoas com HIV/AIDS, de acordo com os critérios pré-estabelecidos, nas bases de dados LILACS, PubMed e Scopus, 2014..... 29

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>AIDS</b>	– Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>APS</b>	– Atenção Primária à Saúde
<b>ABS</b>	– Atenção Básica à Saúde
<b>HIV</b>	– Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>MS</b>	– Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	– Organização Mundial da Saúde
<b>TARV</b>	– Terapia Antirretroviral
<b>UFSM</b>	– Universidade Federal de Santa Maria
<b>RAS</b>	– Redes de Atenção à Saúde

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo A</b>	– Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	75
<b>Anexo B</b>	– Questionário de caracterização das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS.....	77
<b>Anexo C</b>	– Questionário de caracterização dos familiares ou cuidadores das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS .....	78
<b>Anexo D</b>	– Instrumento PCATool-Brasil versão Criança.....	80
<b>Anexo E</b>	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os familiares/cuidadores.....	87

## LISTA DE APÊNDICE

<b>Apêndice A</b> – Termo de autorização da pesquisadora responsável para o uso de banco de dados de projeto de pesquisa.....	73
---	----

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>ARTIGO 1 - Cuidados desenvolvidos às pessoas com HIV/AIDS na atenção primária à saúde: revisão integrativa .....</b>	<b>26</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>26</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>27</b>
<b>Método .....</b>	<b>28</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>35</b>
<b>Discussão e conclusão .....</b>	<b>36</b>
<b>Referências .....</b>	<b>41</b>
<b>ARTIGO 2 - Qualidade da atenção à saúde da criança e do adolescente com HIV/AIDS: comparação entre serviços .....</b>	<b>45</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>45</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>46</b>
<b>Método .....</b>	<b>47</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>49</b>
<b>Discussão .....</b>	<b>53</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>56</b>
<b>Referências .....</b>	<b>57</b>
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>61</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>74</b>

## INTRODUÇÃO

As crianças e os adolescentes apresentam peculiaridades da fase de crescimento e desenvolvimento, marcada por transformações biológicas, psicológicas e sociais, necessitando de acompanhamento integral de saúde, principalmente, na presença de doenças crônicas. Entre estas doenças, destaca-se a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o consequente desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Desde os primeiros casos da AIDS no Brasil, na década de 80, a infecção pelo HIV tem se apresentado como um problema de saúde pública evidenciado pelo número de casos notificados da doença (COSTA; VICTORA, 2006). Essas notificações refletem em mudanças no perfil epidemiológico que iniciou vinculado a grupos específicos e, atualmente, inscreve diversos segmentos sociais, evidenciando a tendência de feminização e juvenização da epidemia (SILVA et al., 2010). Essa tendência é consequência do aumento da distribuição dos casos entre mulheres, crianças e adolescentes.

Com o avanço da ciência e das políticas de controle e assistência, o tratamento resultou na redução dos índices de morbidade e mortalidade e consequente aumento da sobrevivência das pessoas infectadas. Assim, a população vivendo com HIV/AIDS foi incluída no grupo de condição crônica de saúde que implicou na necessidade de acompanhamento clínico permanente e de tratamento medicamentoso em longo prazo (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006). Dessa forma, o prognóstico melhorou e ocorreu o aumento nos dados epidemiológicos entre as crianças e os adolescentes.

No Brasil, no período 1980-2013, ocorreram 34.287 casos de AIDS na faixa etária entre 0 a 19 anos, sendo 18.807 casos entre 0 a 9 anos (crianças) e 15.480 de 10 a 19 anos (adolescentes). Considerando os anos de 2011-2012 houve um aumento na taxa de detecção de casos na faixa etária de 15 a 19 anos (4,2 e 4,4 por 100.000/habitantes, respectivamente) e uma diminuição nas demais faixas, decorrentes da categoria de infecção por transmissão vertical e horizontal (BRASIL, 2013). A primeira categoria trata-se dos nascidos infectados pelo vírus devido à condição sorológica materna positiva ao HIV. A segunda trata-se dos infectados por via sexual ou por uso de drogas injetáveis.

O crescimento epidemiológico de casos notificados de crianças infectadas pelo HIV se destaca em decorrência da transmissão vertical, sendo 41,8% dos casos notificados em 2012.

Esse índice reflete na adequação da política de saúde na atenção pré-natal, mediante a triagem sorológica anti-HIV a fim de garantir o diagnóstico precoce da infecção em gestantes e iniciar a profilaxia da transmissão vertical no segundo trimestre de gestação (BRASIL, 2010b).

O diagnóstico positivo para o HIV na criança modifica o seu cotidiano e de sua família, devido à necessidade de um acompanhamento permanente em serviços de saúde, de uso contínuo de medicação e de possível debilidade imunológica, o que ocasiona internações hospitalares frequentes. Esse cotidiano demanda ao familiar/cuidador a responsabilidade de cuidados específicos (POTRICH et al., 2013).

Nesta perspectiva, para o desenvolvimento da atenção à saúde desta criança, o profissional precisa buscar conhecimentos pertinentes às suas demandas de cuidado, utilizando a criatividade, a comunicação e o respeito aos valores individuais. Esse cuidado pode ser desenvolvido por meio de atividade lúdica, como forma de aproximar-se do mundo interno da criança e auxiliá-la a compreender a si e aos outros (MOTTA et al., 2012).

O adolescente soropositivo ao HIV, assim como a criança, necessita conviver com uma rotina de cuidado que envolve: regime medicamentoso e seus efeitos colaterais, consultas de acompanhamento de saúde e exames laboratoriais contínuos (PAULA; CABRAL; SOUZA, 2009). Neste contexto, é papel dos serviços de saúde realizar ações de prevenção e controle da epidemia e de assistência à saúde no acompanhamento dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS com o intuito de viabilizar um cuidado integral (PAULA et al., 2012a).

No desenvolvimento de ações de prevenção, a disseminação de conhecimento sobre as práticas sexuais seguras e os comportamentos de risco que tornam os adolescentes vulneráveis às DST/HIV, por vezes, não resultam em mudanças de comportamento. A vulnerabilidade à infecção pelo HIV é influenciada pelo meio social, cultural, econômico e político em que vivem. No entanto, destaca-se que a educação e a informação por meio de ações que contemplem as realidades distintas podem facilitar e auxiliar a prevenção à infecção (COSTA et al., 2013).

No desenvolvimento de ações de assistência ao adolescente vivendo com HIV/AIDS, os profissionais de saúde precisam apropriar-se de estratégias de cuidado coerentes com essa fase do desenvolvimento humano. É essencial a inclusão da família no planejamento do tratamento devido à dependência de cuidado do adolescente, desde o cotidiano medicamentoso ao acompanhamento clínico. Deste modo, há a necessidade de potencializar e incentivar a transição gradativa para que o adolescente desenvolva autonomia para o cuidado de si. Nas consultas individuais é necessário oferecer um espaço que contemple a família, mas que também garanta um espaço exclusivo para o adolescente em que possa se expressar sem a



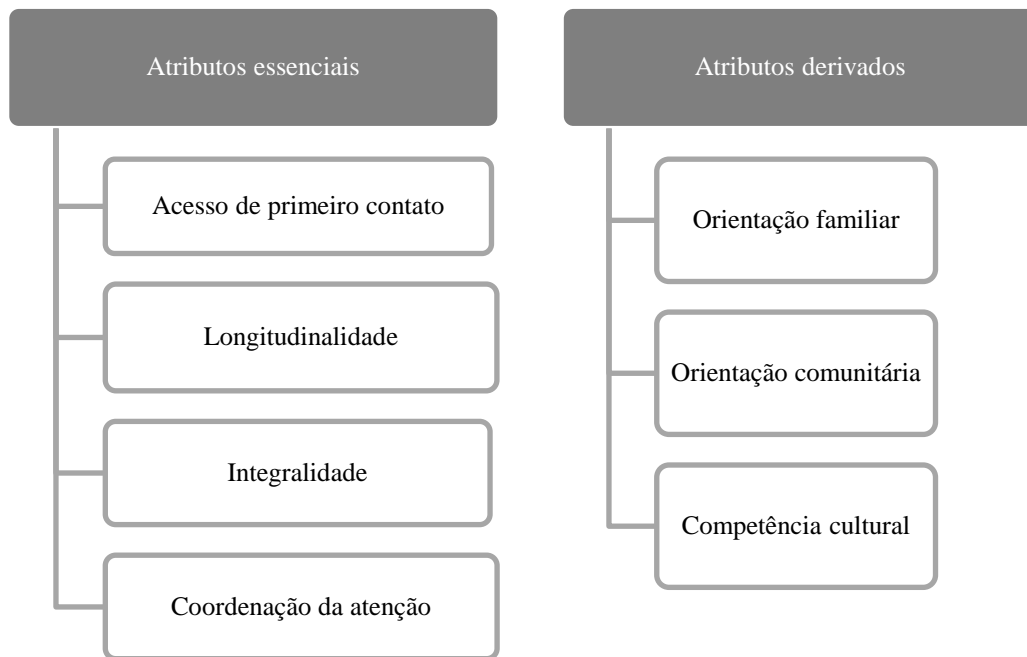
presença do cuidador. Também, os grupos que promovam encontro entre os pares para que compartilhem vivências e tenham a possibilidade de coletivamente construir estratégias de enfrentamento para as situações do cotidiano (PAULA et al., 2013a).

No âmbito das políticas públicas de saúde, destaca-se o Manual de aconselhamento de DST/HIV/AIDS na atenção básica o qual visa articular o Departamento de DST e AIDS com os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), no sentido da ampliação do diagnóstico e da atenção às DST/AIDS. O Manual propõe o resgate do modo como se dá o relacionamento entre o serviço e seus usuários, enfatizando o caráter preventivo e a articulação com a prática assistencial e com a comunidade (BRASIL, 2003a).

Ressalta-se que os serviços de saúde estão dispostos a partir do reconhecimento do HIV/AIDS como um problema de saúde complexo exigindo uma equipe de profissionais com experiência. Em decorrência dessa organização o acompanhamento acontece, majoritariamente, em serviços especializados em HIV/AIDS, podendo ser ambulatoriais ou unidades de saúde (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012).

Devido à elevada incidência da infecção pelo HIV, a qual aponta que a taxa de detecção de casos de AIDS notificados vem decaindo na faixa etária de 0 a 9 anos (5,1 por 100.000 habitantes em 2010 e 4,1 em 2012) e elevando-se na faixa etária de 0 a 19 anos (4,5 e 5,1, respectivamente) (BRASIL, 2013), os serviços especializados encontram-se com muitas demandas de assistência, resultado da insuficiência de profissionais de saúde qualificados e da desorganização de um sistema de saúde resolutivo. Nesse sentido, de forma a facilitar o acesso e intensificar a qualidade de acompanhamento dessa população, esses serviços necessitam do suporte dos serviços de APS ressaltando a importância da integração entre os serviços de forma a descentralizar a assistência. Assim como reforçar a APS como coordenadora do cuidado (FERREIRA, NICHATA, 2008; BRASIL, 2008a; MENDES, 2011).

A APS é reconhecida como o componente-chave do sistema de saúde, por ter caráter estratégico na estruturação das ações de assistência, e por resolver as necessidades básicas de saúde. Caracteriza-se, principalmente, por seus atributos essenciais e derivados (Figura 1) (STARFFIELD, 2002; BRASIL, 2010a).



**Figura 1** – Atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Starfield, 2002; BRASIL, 2010a.

Os atributos essenciais são conceituados conforme a seguir (BRASIL, 2010a, p. 9):

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema único de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um problema de saúde já existente, com exceção de urgências e emergências.
- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção. Deve ser uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
- Integralidade: ações que a APS deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral englobando o aspecto biopsicossocial. Como as ações de promoção da saúde. Incluem os encaminhamentos aos especialistas.
- Coordenação da atenção: capacidade do serviço de APS de integrar todo o cuidado que o paciente recebe nos diferentes serviços do sistema de saúde por meio da coordenação da atenção. Pressupõe uma forma de atendimento contínuo com o reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração no cuidado global do paciente.

Os atributos derivados, que são as características que qualificam as ações da APS, são conceituados (BRASIL, 2010a, p. 9):

- Orientação familiar: na avaliação dos cuidados individuais para a atenção integral do

usuário deve se considerar o contexto familiar relacionado à origem e as condições de cuidado.

- Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades de saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, com planejamento e avaliação conjunta do serviço.
- Competência cultural: adaptação da equipe de profissionais de saúde às características culturais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

Com base nestes atributos, é possível determinar se os serviços de saúde são orientados à APS, ou seja, a presença e a extensão desses atributos definem a **qualidade** dos serviços e promovem melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários e menores custos (BRASIL, 2010a).

A APS brasileira adotou a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) como forma de construir uma identidade institucional própria com o intuito de romper com uma concepção redutora desse nível de atenção. Dessa forma, o MS considera atenção básica um sinônimo de atenção primária à saúde (FONTENELLE, 2012; BRASIL, 2011).

Não há uniformidade na utilização do termo APS nos diferentes países. De modo geral, o termo se refere aos serviços ambulatoriais de primeiro contato. Contudo, nos países periféricos, corresponde também a programas que são focalizados para determinadas necessidades de grupos populacionais. No desenvolvimento da atenção ambulatorial há diversidades conforme as configurações institucionais, seja de estrutura de organização e financiamento, seja das práticas realizadas. Estabelece-se de acordo com o modelo assistencial e o modo de organização do sistema de atenção à saúde de cada país, que determina o profissional, especialista ou não, responsável pelo primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde (GIOVANELLA, 2006). Entretanto, a atenção ambulatorial, sob o ponto de vista do processo de trabalho, pode ser incorporada ao conjunto de atividades consideradas básicas para efeito de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde (BERMAN, 2000).

No Brasil, considera-se que o conjunto de serviços de APS deve ser o eixo coordenador do fluxo de usuários, em uma rede regionalizada de cuidado que conte com todos os pontos de atenção necessários para garantir a resolutividade e integralidade, com responsabilização territorial e com estabelecimento compartilhado de competências (MENDES, 2011). Nesta perspectiva, há a necessidade de fortalecer a APS para que possa atuar na coordenação de uma rede integral. De forma que atue para a resolutividade da

prevalência e das demandas de doenças agudas e crônicas, como o HIV/AIDS (MENDES, 2011).

As doenças crônicas exigem uma cooperação e interdependência entre os diferentes tipos de serviços do sistema de saúde, estabelecendo que haja integração para a qualidade do cuidado. Sendo assim, os atributos da APS devem estar em consonância para a consolidação dessa rede de cuidados integrada (MENDES, 2011).

A constituição de redes integradas e regionalizadas de serviços está dentre as diretrizes do SUS, com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, regulamentada pela Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que prioriza a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no país (BRASIL, 2010c). O documento Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão definiu a regionalização como eixo estruturante de sua dimensão de gestão, ou seja, deve orientar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006).

Para a constituição de uma rede horizontalizada deve haver a responsabilização pela atenção ao usuário e a articulação entre os serviços de modo a garantir a continuidade do cuidado. Entretanto, ainda há obstáculos como a ineficiência na utilização dos recursos e o déficit de recursos humanos qualificados dificultando a implementação da RAS (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010).

Para complementar a RAS tem-se a organização de recursos por linhas de cuidado, que visa tratar determinadas patologias e/ou grupos de usuários considerados prioritários do ponto de vista epidemiológico. Ocorrem de modo a normatizar o processo, assegurando as intervenções de promoção da saúde e de prevenção do adoecimento realizadas nos diferentes pontos da rede, obedecendo à ação coordenadora da APS (MENDES, 2011).

Nesta perspectiva, o investimento das políticas públicas de saúde em medidas de prevenção da transmissão do HIV somado aos avanços da ciência quanto ao tratamento demandam possibilidades de cuidado nas RAS e colaboram para a construção de uma linha de cuidado para essa doença. A Linha de Cuidado em HIV/AIDS visa à criação de um fluxo que conduza o usuário ao longo da rede de serviços de modo a integrar as ações realizadas por diversos profissionais e em diferentes serviços (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010). Garante, inclusive, a transferência dos usuários entre os serviços especializados e as equipes da APS, em que se deve manter o vínculo e o acompanhamento permanente (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012).

Dessa forma, a integração pode contribuir para o atendimento às crianças e aos adolescentes vivendo com HIV/AIDS, principalmente, na fragilidade clínica e problemas sociais. Nesse sentido, é necessária uma atenção conjunta entre os serviços de saúde que atendem esse contingente com vistas a assegurar uma assistência contínua que se propõe a acompanhar o indivíduo em sua integralidade (SILVA et al., 2005). Destaca-se que a APS, por ter maior proximidade com a comunidade, pode servir de estratégia para intensificar as ações de promoção da saúde na temática do HIV, seja de prevenção seja de assistência (FERREIRA; NICHIATA, 2008). Para isso, há a necessidade de conhecimento da população adscrita aos serviços de APS assim como a educação permanente dos profissionais (SILVA et al., 2005; ACIOLI et al., 2007).

Estudo revelou que os profissionais da APS desconhecem sobre a rotina de atendimento e as ações do serviço especializado em HIV/AIDS e ainda, desconhecem os usuários com HIV/AIDS de sua área de abrangência (SILVA et al., 2005). Desta forma, reforça-se a importância do papel da APS em aconselhar essa população (FERREIRA; NICHIATA, 2008).

Entretanto, os profissionais da APS relatam obstáculos para o atendimento, como a sobrecarga de trabalho, a falta de privacidade para atendimento nos serviços e o próprio estigma (SILVA et al., 2005; ACIOLI et al., 2007; MUGALA et al., 2010). A assistência à criança e ao adolescente vivendo com HIV/AIDS deve compreender a complexidade dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, inseridos em seu contexto social, cultural e familiar (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

Para aprofundamento da temática foi realizada uma análise da natureza e tendência da produção científica no banco de teses e dissertações do portal da CAPES quanto à atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS desenvolvida na APS<sup>1</sup>. Esta revisão apontou a existência de estudos que abordaram as práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais da APS frente ao HIV/AIDS, os quais enfocaram, principalmente, a prevenção da infecção do HIV/AIDS, as representações sociais e as suas implicações no cuidado. Houve a prevalência de estudos de abordagem qualitativa (64,3%) e como sujeitos os profissionais da APS (42,8%), destacando-se o profissional enfermeiro. Entretanto, evidenciou-se uma lacuna de estudos desenvolvidos com a população de crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS e

---

<sup>1</sup> Estudo de revisão narrativa no banco de teses e dissertações do Portal da CAPES, realizado em maio de 2013. Silva CB; Paula CC; Padoin SMM; Piovesan G; Antunes BS; Kinalski D. Tendência da produção científica da enfermagem brasileira referente ao HIV/AIDS na atenção primária à saúde. In: II Seminário Internacional: Tecendo redes na Enfermagem e na Saúde e IX Semana de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, 2013, Santa Maria. Anais. Santa Maria: PPGEnf/UFSM, 2013. p. 117-25.

a atenção à saúde desenvolvida na APS. Da mesma forma, aponta a lacuna de produções que utilizaram para a avaliação o instrumento PCATool ou PCATool-Brasil, sendo inédito o uso com essa população.

Justifica-se a importância da realização da presente pesquisa de dissertação de mestrado, devido aos desafios quanto ao cotidiano assistencial que perpassam pelos aspectos epidemiológicos, clínicos, sociais e políticos da atenção à saúde das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS. Há a necessidade de investir em pesquisas científicas para que se alcancem os resultados almejados e fundamentados nos princípios do SUS. Destaca-se que a temática da criança e do adolescente com HIV/AIDS está entre os temas da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, ratificando a importância de pesquisar sobre o assunto (BRASIL, 2008b).

As inquietações acerca da problemática da criança e do adolescente vivendo com HIV/AIDS surgiram de vivências e experiências oriundas da participação, como bolsista de iniciação científica, em projetos de pesquisa e extensão do grupo de pesquisa "Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade". Tais projetos foram realizados no serviço de acompanhamento ambulatorial de pediatria no setor de doenças infecciosas do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/UFSM), o que proporcionou aproximação tanto com a temática, como com o serviço de saúde de referência do município. Soma-se a isso, o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "Cotidiano medicamentoso de adolescentes com HIV/AIDS", que objetivou descrever o cotidiano medicamentoso dos adolescentes e identificar os fatores associados a não adesão à TARV. Nesta perspectiva, constatou-se a necessidade de realizar uma pesquisa que contemplasse a avaliação da atenção primária do sistema de serviços de saúde em que as crianças e os adolescentes vivendo com HIV/AIDS estão inseridos de forma a implicar em um cuidado singular e integral.

A importância da problemática para a enfermagem é por esta fazer parte de uma equipe interdisciplinar a qual vivencia situações de cuidado em saúde com essa população. Nesse sentido, ressalta-se a atenção sobre as questões que envolvem a criança e o adolescente vivendo com HIV/AIDS, pois além do acelerado crescimento físico associado ao desenvolvimento, também vivenciam as particularidades sorológicas. Neste contexto, estas populações devem sentir-se acolhidas em suas demandas de saúde, que nem sempre são físicas e sintomatológicas, mas também subjetivas (PAULA, PADOIN, 2013a; 2013b).

Diante do exposto, destaca-se o **questionamento de pesquisa**: qual a qualidade da APS às crianças e aos adolescentes vivendo com HIV/AIDS, na experiência dos familiares/cuidadores?

Para tanto, tem-se como **objeto de estudo**: os atributos da APS às crianças e aos adolescentes vivendo com HIV/AIDS, na experiência dos familiares/cuidadores. Como **objetivo geral**: avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS às crianças e aos adolescentes vivendo com HIV/AIDS, na experiência dos familiares/cuidadores, segundo o instrumento PCATool-Brasil versão Criança. **Objetivos específicos**: caracterizar as crianças e os adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus familiares/cuidadores quanto ao perfil sociodemográfico, clínico e de utilização dos serviços; identificar a fonte regular de atenção das crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS; descrever os resultados encontrados na aplicação do PCATool-Brasil versão Criança para questões relacionadas aos atributos dos serviços de APS por meio da produção de escores padronizados; analisar a relação das características das crianças/adolescentes e seus familiares/cuidadores e os escores da APS; comparar a qualidade da atenção à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS entre os tipos de serviços.

Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal, fundamentada na abordagem quantitativa. Foi desenvolvida a análise de dados contidos no banco de dados do projeto matricial “Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS”, coordenado pela pesquisadora responsável Dr<sup>a</sup> Cristiane Cardoso de Paula (PAULA et al., 2013b). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) com Parecer n<sup>o</sup>183.572/2013 (ANEXO A), e pertence ao grupo de pesquisa “Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (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 matricial foi contemplado nos editais de financiamento de recursos: FIPE/UFSM, PIBIC/CNPq, PROBIC/FAPERGS, PROIC-HUSM/UFSM, PPSUS/FAPERGS e Universal/CNPq.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. A população do município totaliza 261.031 pessoas. A população de crianças de 0 a 9 anos no município totaliza em 31.527 e de adolescentes 41.784 (10 a 19 anos de idade) (IBGE 2010). O campo de estudo foi o serviço ambulatorial de infectologia pediátrica do HUSM. O HUSM, fundado em 1970, é um hospital público, de nível terciário, e de referência em saúde para a região centro-oeste do RS, fazendo parte da 4<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde (4<sup>a</sup> CRS). Este hospital é um órgão integrante da UFSM e tem sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde. No ambulatório de pediatria do HUSM, há o Serviço de Infectologia Pediátrico onde é disponibilizada

semanalmente uma agenda multiprofissional de atendimentos para as crianças e os adolescentes vivendo com HIV/AIDS.

Neste estudo não foi realizado cálculo amostral, utilizando a população de familiares/cuidadores de crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS (N=80). Os critérios de inclusão foram: familiares ou cuidadores de crianças (0 a 9 anos de idade) e de adolescentes (10 a 19 anos) com HIV/AIDS em acompanhamento no ambulatório de pediatria do HUSM. Foram excluídos: familiares ou cuidadores que apresentassem limitação que dificultasse a expressão verbal; ou que referissem serviços particulares como fonte regular da atenção à saúde. Totalizaram 71 participantes. Ocorreram três perdas de cuidadores de crianças que se recusaram a participar do estudo. Quatro familiares/cuidadores foram excluídos por referirem serviços particulares como fonte regular da atenção e dois não mantinham acompanhamento no serviço.

A coleta no banco de dados foi realizada no mês de março de 2014 pela mestranda. Foram utilizados os dados coletados a partir do questionário de caracterização da população de crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS (ANEXO B) e de seus familiares/cuidadores (ANEXO C) contendo os dados sociodemográficos, clínicos e de utilização dos serviços; e do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) versão Criança (ANEXO D).

O banco de dados está composto por: variáveis sociodemográficas (idade, sexo, anos de estudo, procedência, situação conjugal, situação ocupacional, renda); variáveis clínicas (diagnóstico, tratamento, internações, existência de outros problemas de saúde, situação sorológica do familiar/cuidador responsável); e variáveis de utilização do serviço (acesso a plano privado, conhecimento do serviço de saúde mais próximo da residência e o tipo de serviço e se leva a criança/adolescente neste serviço).

As variáveis do PCATool-Brasil que compõe o banco de dados são: Grau de Afiliação, que define o serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados do entrevistado; Acesso de primeiro contato – utilização; Acesso de primeiro contato – acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação – integração de cuidados; Coordenação – sistema de informações; Integralidade – serviços disponíveis; Integralidade – serviços prestados; Orientação familiar; e Orientação comunitária (BRASIL, 2010a). Destaca-se que a versão Criança do PCATool-Brasil não possui o atributo Competência Cultural visto que na validação para o Brasil esta variável não se consolidou representativa (HARZHEIM et al., 2006a).



O instrumento “*Primary Care Assessment Tool (PCATool)*” foi criado em 2001 (STARFIELD et al., 2000; STARFIELD, XU, SHI, 2001) embasado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde que fundamentava-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços (DONABEDIAN, 2005). Dessa forma, o processo de atenção é constituído pelo conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde. Foi validado no Brasil sendo denominado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) (HARZHEIM et al., 2006a; 2006b). O seu manual foi organizado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do MS do Brasil (BRASIL, 2010a).

Este instrumento mede a presença e a extensão de cada atributo da APS, os quais são constituídos por um componente relacionado à estrutura e ao processo, possibilitando uma avaliação de quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da APS. O instrumento é composto por uma escala Likert sendo que as respostas possíveis para cada um dos itens são: “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). Dessa forma, é possível construir escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo.

A análise do banco de dados foi realizada no *software Statistical Analysis System (SAS)*, versão 9.3. Foi utilizada a estatística descritiva, sendo que as variáveis categóricas foram expressas em frequência absoluta e relativa e as variáveis quantitativas em média e desvio padrão ou mediana, mínimo e máximo, de acordo com a simetria ou não dos dados, respectivamente.

Os atributos e seus componentes foram analisados pelo cálculo dos escores: por cada atributo, dos atributos essenciais, dos atributos derivados e escore geral da APS. Os valores dos escores foram transformados em escala contínua variando de 0 a 10, sendo que o escore  $\geq 6,6$  foi considerado alto ou satisfatório. Esse valor equivale, na escala de 1 a 4, ao escore 3 (“provavelmente sim”) que corresponde a extensão adequada do atributo (BRASIL, 2010a).

Esta pesquisa possui seus aspectos éticos de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96, em vigência no período da pesquisa (BRASIL, 2003b). Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os familiares/cuidadores das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS (ANEXO E), segundo o modelo indicado pelo conselho de ensino e pesquisa da UFSM. Foram apresentados em duas vias, permanecendo uma cópia para o participante do estudo e outra para a pesquisadora, constando a assinatura de ambos. Os instrumentos e os termos estão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Dra Cristiane Cardoso de Paula e após cinco anos serão destruídos.

A pesquisadora responsável autorizou a utilização deste banco de dados para o desenvolvimento desta dissertação (APÊNDICE A). Os benefícios de explorar um banco de dados se referem a não exposição dos participantes a uma nova coleta de dados, e, conseqüente, não representação de risco de ordem física ou psicológica.

Esta dissertação está organizada em formato de artigos que serão apresentados nos itens a seguir, nos quais foi respeitada a estrutura de formatação dos periódicos escolhidos para submissão. O artigo 1 refere-se ao estado da arte da temática o qual sustenta a problemática da atenção a saúde à infecção do HIV na APS e o artigo 2 apresenta os resultados da análise deste banco de dados.

## ARTIGO 1

### CUIDADOS PRESTADOS ÀS PESSOAS COM HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA\*

#### RESUMO

Objetivou-se identificar as evidências disponíveis nos artigos científicos acerca dos cuidados prestados às pessoas com HIV na atenção primária à saúde. Revisão integrativa desenvolvida em junho de 2014 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, na Public Medline, e SciVerse Scopus, com os descritores "atenção primária a saúde" *and* "HIV" *or* "Síndrome da Imunodeficiência Adquirida". Totalizaram 27 artigos. Os cuidados evidenciados foram: aconselhamento, testagem e diagnóstico; prevenção da transmissão vertical; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças; orientação para promoção à saúde; avaliação nutricional; manutenção da saúde bucal; acompanhamento clínico-laboratorial; avaliação da saúde mental; suporte emocional e psicológico; encaminhamento para especialidade; visitas domiciliares; e cuidados paliativos. Conclui-se a necessidade de incrementar a condução de pesquisas direcionadas para a investigação de intervenções efetivas para o desenvolvimento dos cuidados às pessoas com HIV na atenção primária à saúde.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; HIV; Síndrome da imunodeficiência adquirida; Enfermagem.

---

\* Artigo encaminhado ao periódico Ciencia y Enfermería em janeiro de 2015.

## INTRODUÇÃO

Em 2012, havia aproximadamente 35,3 milhões de pessoas com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no mundo, dentre os quais 2,3 milhões de novas infecções. Estes dados indicaram um declínio de 33% desde o ano 2001<sup>(1)</sup>. Apesar de a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) ser uma doença sem cura, a introdução da terapia antirretroviral (TARV) provocou redução na morbidade e mortalidade e, conseqüentemente, propiciou o aumento da expectativa de vida. A Organização Mundial da Saúde passou a classificar a AIDS na categoria das “condições crônicas”, como doença tratável de forma a possibilitar o manejo clínico da sua progressão, deixando de ser considerada como aguda<sup>(2)</sup>. Essa classificação implicou no acompanhamento permanente e na rotina de cuidado devido à fragilidade clínica e a dependência medicamentosa<sup>(3)</sup>. Entretanto, a atenção as doenças crônicas ainda permanece centrada na queixa-conduta e desenvolvida de modo fragmentado, intensificando a cultura de busca pelos serviços de maior densidade tecnológica<sup>(4)</sup>.

Dessa forma, a organização da assistência permanente dessa população deve possibilitar o atendimento compartilhado entre serviço especializado e serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), pressupondo a continuidade da assistência e reforçando a prática de ações de promoção à saúde das pessoas com HIV. A APS visa otimizar a saúde da população sendo considerada o componente-chave para as necessidades básicas em saúde, oferece a entrada preferencial para a assistência, além de coordenar a atenção e compartilhar informações com outros serviços<sup>(5)</sup>.

Embora as pessoas com HIV possam estar satisfeitas com a assistência que lhes é proporcionada, majoritariamente, no serviço especializado, percebem a falta de outros recursos que pode indicar a fragmentação do cuidado e a carência de comunicação entre os pontos da rede de atenção à saúde<sup>(6)</sup>. Para a constituição de uma rede deve haver a responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação efetiva entre as unidades para

garantir à população a continuidade do cuidado<sup>(7)</sup>. Entretanto, enfrenta-se o desafio de transferir a coordenação do cuidado para a APS devido às demandas específicas da população com HIV e ao vínculo já estabelecido com os profissionais do serviço especializado, bem como pelo estigma social<sup>(6)</sup>.

Justifica-se o desenvolvimento deste estudo de revisão pela necessidade de subsídios para a organização do sistema de saúde diante das demandas de atenção, sejam clínicas, psicológicas ou sociais, e dos cuidados desenvolvidos, ratificando o papel desta como coordenadora do cuidado, inclusive para o HIV. Assim, tem-se como objetivo identificar as evidências disponíveis nos artigos científicos acerca dos cuidados prestados às pessoas com HIV na APS.

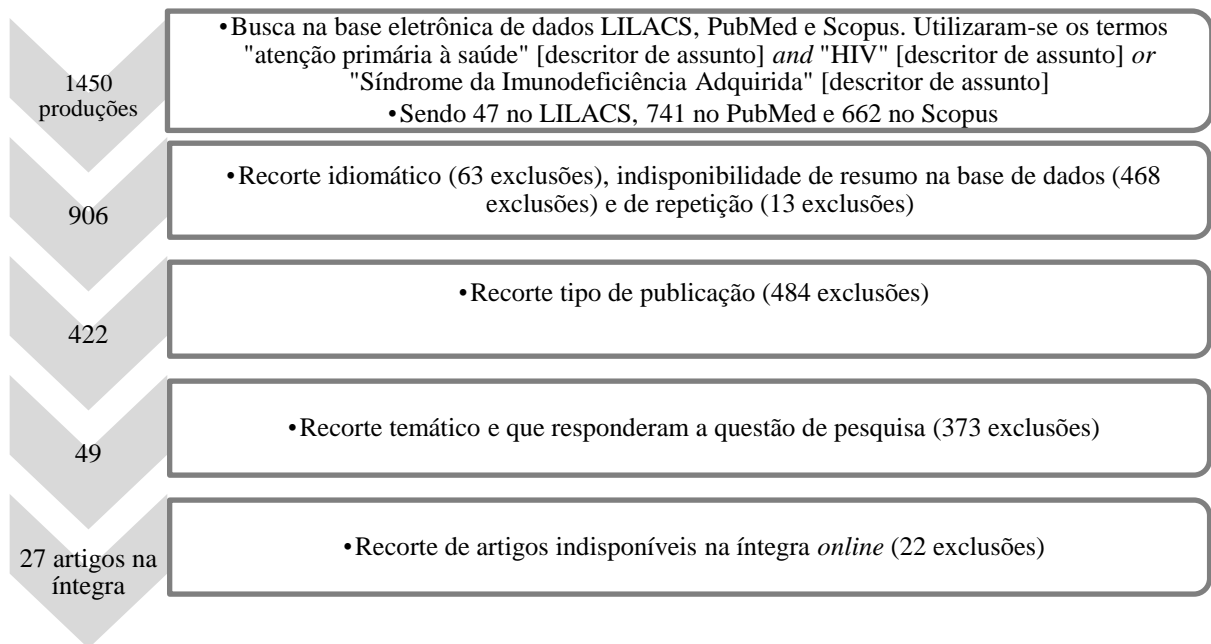
## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura com a finalidade de reunir e sintetizar, de maneira sistemática e ordenada<sup>(8)</sup>, os resultados encontrados a partir da questão de pesquisa: quais os cuidados prestados às pessoas com HIV na APS? A busca foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e na Public Medline (PubMed) e SciVerse Scopus (Scopus). Utilizaram-se os descritores/*MeSH Terms* "atenção primária a saúde" *and* "HIV" *or* "Síndrome da Imunodeficiência Adquirida" e não foi estipulado um recorte temporal de publicação das produções.

O levantamento dos estudos ocorreu em junho de 2014. Para selecioná-los os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa (tipo de publicação) na temática; disponíveis na íntegra *online* e gratuitamente; nos idiomas português, inglês ou espanhol. E como critérios de exclusão: artigos sem resumo na base de dados.

Apuraram-se 1.450 produções. A seleção se desenvolveu por meio da leitura dos títulos

e resumos, os quais foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, totalizando 27 artigos na íntegra (Figura 1).



**Figura 1** – Estrutura da seleção de estudos sobre os cuidados prestados às pessoas com HIV, de acordo com os critérios pré-estabelecidos, nas bases de dados LILACS, PubMed e Scopus, 2014.

Para minimizar possível viés de seleção dos estudos (erro de interpretação dos resultados), dois pesquisadores realizaram a leitura dos artigos de forma independente, os quais posteriormente foram comparados para possíveis divergências na avaliação. Diante destas, quando não houve consenso, um terceiro pesquisador foi consultado.

Após a leitura dos estudos selecionados, foi preenchido um instrumento de extração documental, com os seguintes itens: identificação do artigo, procedência (local onde foi desenvolvido a coleta de dados do estudo), área do conhecimento, ano de publicação, objetivo e delineamento do estudo, nível de evidência e principais resultados<sup>(9)</sup>.

A análise dos dados extraídos foi realizada na forma descritiva, possibilitando a avaliação das evidências por meio do nível de evidência sendo classificadas de acordo com os sete níveis descritos por Melnyk e Fineout-Overholt<sup>(10)</sup>.

As evidências identificadas nos resultados dos artigos foram agrupadas conforme a

resposta à questão de pesquisa deste estudo. Destaca-se que esta revisão não se comprometeu a analisar a organização política dos serviços de saúde de procedência dos estudos. Os artigos foram selecionados por ter como local de coleta de dados os serviços de APS quais sejam: centros comunitários de saúde, “*General Practice*”, atenção primária à saúde, atenção básica, serviços de cuidados primários ou saúde da família.

Para a apresentação dos resultados, optou-se por separá-los conforme o delineamento do estudo (quantitativo ou qualitativo), visando à sistematização da produção do conhecimento e a visualização das lacunas de acordo com as abordagens metodológicas.

No que se refere aos aspectos éticos, foram asseguradas e respeitadas as ideias, os conceitos e as definições utilizadas pelos autores dos artigos analisados, as quais foram apresentadas fidedignamente, como também, descritas e citadas. Foi desenvolvida a síntese de cada produção (Quadro 1).

**Quadro 1** - Síntese do *corpus* da revisão integrativa. LILACS, PubMed e Scopus, 2014.

Referência	Objetivo	Delineamento	Principais Resultados
Araújo MAL, et al <sup>(11)</sup>	Analisar como se desenvolve o processo de aconselhamento individual pré e pós-teste anti-HIV no pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde da Família.	Estudo de caso qualitativo P= 3 médicos e 4 enfermeiros de uma Unidade de Saúde da Família de Fortaleza- Ceará, Brasil.	Solicitação do teste anti-HIV no rol dos outros exames solicitados durante o pré-natal. As poucas orientações relativas à questão do pré e pós-teste anti-HIV ocorreram de maneira prescritiva e normativa.
Souza MCMR, et al <sup>(12)</sup>	Compreender as representações e práticas de profissionais da atenção básica sobre HIV/AIDS do município de Belo Horizonte, Brasil.	Estudo qualitativo P= 12 profissionais de saúde (sete enfermeiras e cinco médicos) da atenção básica em Belo Horizonte, Brasil.	Ações preventivas realizadas descontinuamente, de maneira prescritiva sem interlocução com o contexto de vida dos usuários. A prevenção é realizada em consultas, no pré-natal, nas consultas ginecológicas ou urológicas e no grupo de planejamento familiar. A prática do aconselhamento em HIV/AIDS é feita de forma restrita, apenas oferecendo o teste anti-HIV. Atendimento em HIV/AIDS não faz parte do cotidiano da atenção básica.
King M, et al <sup>(13)</sup>	Examinar o papel do serviço de cuidados primários em áreas da Inglaterra de baixa e alta prevalência de HIV e comparar as barreiras aos cuidados em cada área.	Estudo quali-quantitativo. P= 816 médicos de clínica geral (quantitativo) P= 147 profissionais de cuidados primários e 74 pessoas infectadas com o HIV (qualitativo) na Inglaterra.	Aconselhamento, testes e assistência médica, encaminhamento aos serviços especializados, tais como dentistas e serviços sociais, confidencialidade, comunicação, apoio. Discutem a prevenção do HIV com pacientes e fornecem cuidados terminais para pacientes com AIDS. Ainda não são considerados parte legítima do serviço.
Henriques MERM, et al <sup>(14)</sup>	Analisar a opinião de mulheres assistidas pelo Programa Saúde da Família (PSF) e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) quanto às orientações fornecidas por profissionais de saúde em relação ao HIV/AIDS.	Estudo qualitativo P= 22 mulheres assistidas tanto pelos profissionais do PSF como pelos do CTA do município de Bayeux-PB, Brasil.	Prática do aconselhamento que promove um ambiente acolhedor que favorece a apreensão de informações. Ações de educação em saúde focadas na prevenção são desenvolvidas. Promovem apoio ao paciente e seus familiares diante dos sofrimentos oriundos de um teste com resultado positivo.
Rodés A, et al <sup>(15)</sup>	Avaliar a compreensão e aceitação de um folheto informativo periódico sobre HIV/AIDS pelos profissionais de cuidados primários.	Estudo transversal P= 300 profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) de cuidados primários à saúde, do Instituto Català de la Salut, Espanha.	Solicitação de testes de diagnóstico para a infecção pelo HIV. 88% disseram ter assistido pessoas com HIV/AIDS em consultas, proporcionando orientação para integrar as crianças HIV-positivas na escola e informação sobre os recursos sociais existentes.
Anderson P, et al <sup>(16)</sup>	Identificar a educação, o conhecimento, a prática atual e as atitudes em relação ao tratamento de infecções com HIV de clínicos gerais.	Estudo transversal P= 280 clínicos gerais que trabalham em Oxfordshire, Inglaterra.	Triagem para a infecção pelo HIV; organização de cartazes e material educativo sobre a AIDS; reuniões ou palestras sobre AIDS. Orientavam quanto ao risco de infecção e como evitá-la, da atividade sexual, uso de drogas, viagens, atividade doméstica, gravidez. Referem a provisão de cuidados domiciliares para a prestação de cuidados de final de vida para o conforto e manejo da dor.



Renaud A, et al <sup>(17)</sup>	Calcular a relação custo-eficácia da ART emitido pelo Centro de Saúde da Sociedade de Mulheres contra a AIDS na África-Burundi.	Estudo de coorte. P= prontuários de 149 pacientes com HIV/AIDS, na África-Burundi.	Prestação de: aconselhamento e testagem para HIV; oferta de grupos de apoio aos doentes; apoio alimentar; orientação para adesão ao tratamento; apoio psicológico e social; visitas domiciliares.
Peck R, et al <sup>(18)</sup>	Examinar a viabilidade, a demanda e os efeitos da integração dos serviços locais de cuidados primários e o centro de aconselhamento e testagem (CTA).	Estudo documental retrospectivo P= 8.175 prontuários de pacientes crianças e adultos com HIV/AIDS, de Port-au-Prince, Haiti.	Oferta de aconselhamento pós-teste, prevenção da transmissão vertical, suporte nutricional, terapia antirretroviral pós-exposição e visitas domiciliares.
Gleeson CJ, et al <sup>(19)</sup>	Analisar os obstáculos à prestação de cuidados de saúde primários para pessoas com infecções por HIV em um estado pequeno, rural, com uma baixa incidência de infecção.	Estudo transversal P= 106 médicos membros da Academia Vermont de Médicos de Família, EUA.	Fornecimento de: resultados e aconselhamento pós-teste; orientação quanto a comportamentos de risco para o HIV; cuidados médicos para os pacientes com HIV assintomáticos e pacientes sintomáticos, gerenciando as complicações precoces comuns e solicitando exames de sangue de triagem.
Matsubayashi T, et al <sup>(20)</sup>	Analisar o efeito de um programa de HIV/AIDS financiado pelo Plano de Emergência para Combate à Aids em seis clínicas gerais administrados pelo governo em Kampala, África.	Estudo longitudinal P= 2107 pacientes que recebem tratamento de HIV e aqueles que recebem cuidados não-HIV, em Kampala, África.	A implantação do programa aumentou significativamente o número de testes-HIV e o número de mulheres grávidas diagnosticadas. Houve aumento na realização de cuidado pediátrico, incluindo a imunização e diagnóstico de doenças da pele, assim como de exames de laboratório e diagnóstico para a malária.
Horwood C, et al <sup>(21)</sup>	Descrever a validade do algoritmo AIDPI/HIV quando usado por especialistas treinados na prática clínica de rotina e os encargos de HIV entre crianças menores de 5 anos que frequentam as unidades de cuidados primários.	Ensaio clínico randomizado P= 77 profissionais de saúde treinados para a AIDPI selecionados aleatoriamente em duas províncias da África do Sul.	O treinamento de profissionais no AIDPI possibilitou-os identificar precocemente crianças infectadas pelo HIV e, nas identificadas foi prescrita a profilaxia. Desenvolveu-se orientação para fornecer mais cedo o acesso aos cuidados além de conselhos de alimentação.
Shepard DS, et al <sup>(22)</sup>	Avaliar o impacto do financiamento do HIV/AIDS no sistema de cuidados primários de saúde em Ruanda, África.	Ensaio clínico randomizado Grupo de intervenção= 25 centros de saúde rurais (HCs) com serviços de HIV/AIDS Grupo controle= 25 HCs sem serviços de HIV/AIDS, em Ruanda, África.	Foram realizadas vacinas contra pólio e sarampo bem como consultas de acompanhamento do crescimento das crianças.
Price JE, et al <sup>(23)</sup>	Comparar os dados do serviço de agregação em unidades de saúde, antes e após a introdução do tratamento do HIV em cuidados de saúde primários.	Estudo de coorte P= relatórios de atividades mensais de 30 centros de saúde Básica de Ruanda, África.	Prestação de: serviços de reprodução sexual por meio de orientação de prevenção e planejamento; serviços pediátricos como o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento e vacinação; e serviços curativos como exames laboratoriais não-HIV.
Boulton M, et al <sup>(24)</sup>	Descrever o uso de serviços de cuidados primários de crianças infectadas com HIV e explorar as atitudes dos médicos de clínica geral no cuidado de seus filhos.	Estudo de coorte prospectivo P= 24 famílias de crianças atendidas em um centro de referência regional em Londres.	Os pais são orientados a: usar a clínica geral para os cuidados gerais e prescrições de rotina e procurar a equipe de HIV pediátrico como principal fonte de assistência médica à infecção.

Wilkinson JD, et al <sup>(25)</sup>	Avaliar a prevalência e fatores associados com a entrega de mensagens de prevenção do HIV para usuários de drogas injetáveis soropositivos ao HIV em ambientes de cuidados primários	Estudo clínico randomizado P= 1101 usuários de drogas injetáveis soropositivos para o HIV, em Nova York, EUA.	Discussão quanto à prevenção da transmissão do HIV/AIDS, participação em programa de tratamento da toxicodependência e comportamentos sexuais de risco com HIV-negativo ou parceiros status desconhecido. Um melhor engajamento com o provedor proporcionou aos pacientes se sentirem no controle de sua saúde.
Dewing S, et al <sup>(26)</sup>	Monitorar até que ponto a intervenção chamada Opções de Saúde foi ofertada a pacientes elegíveis. Determinar fatores que afetam a implementação da intervenção em Cape Town, África do Sul.	Estudo qualitativo P= 15 conselheiros leigos, que foram treinados para utilizar as Opções que objetiva ajudar os clientes a otimizar a adesão ao TARV e reduzir o comportamento de risco sexual, em Cape Town, África do Sul.	Orientações para o comportamento sexual de risco, além de sessões de orientação e de avaliação de aderência.
Silva NHLP, et al <sup>(27)</sup>	Dar visibilidade aos sentidos construídos sobre HIV/AIDS em um grupo com agentes comunitários de saúde de Ribeirão Preto.	Estudo qualitativo P= 4 agentes comunitários de saúde em um Núcleo de Saúde da Família de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.	Orientação para casais com status sorológico diferente e a conscientização a respeito da importância do tratamento, porém as orientações parecem não ser suficientes para a conscientização.
Stein J, et al <sup>(28)</sup>	Descrever as opiniões dos profissionais de saúde, especialmente, enfermeiros, em relação ao andamento do Programa ART.	Estudo qualitativo P= 4 médicos e 10 enfermeiros, que comandavam as clínicas de APS envolvidas no programa ART na África do Sul.	Proporcionam: educação em relação aos direitos, responsabilidades e empoderamento dos pacientes; sessões de orientação de cuidados de saúde abordando conhecimentos sobre dosagem, testes, e efeitos colaterais; incentivam a adesão ao tratamento; apoio psicossocial e emocional; acompanhamento dos pacientes doentes em casa, apesar de as diretrizes políticas remeterem ao cuidador domiciliar voluntário.
Lo W, et al <sup>(29)</sup>	Analisar as características demográficas e clínicas, as necessidades de serviços e padrões de utilização e retenção de cuidados primários de pacientes HIV-positivos atendidos no Centro de Saúde Comunitário.	Estudo de coorte P= 999 clientes que receberam serviços relacionados com o HIV em Centro de Saúde Comunitário Fenway, EUA.	Acesso a: orientação nutricional, assistência farmacêutica e tratamento de saúde mental e de abuso de substâncias.
Camurça VV, et al <sup>(30)</sup>	Confrontar os atendimentos referidos às pessoas vivendo com o HIV/AIDS com a distribuição de casos do município segundo território de residência.	Estudo descritivo P= 186 cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família de Fortaleza, Brasil.	29,6% dos cirurgiões-dentistas já atenderam pessoas com AIDS nas suas unidades, destacando que a assistência odontológica tem baixa cobertura considerando-se o número de pessoas com HIV/AIDS.
Wouters E, et al <sup>(31)</sup>	Examinar a associação entre a falta de recursos humanos e os níveis de satisfação do paciente com os serviços.	Estudo transversal n= 975 pacientes inscritos no Programa de Antirretrovirais do setor público da Província do Estado Livre, África.	Orientações de saúde sobre os antirretrovirais e sobre o HIV/AIDS.

Boyton R, et al <sup>(32)</sup>	Determinar atitudes de médicos de clínica geral em relação à AIDS e as questões que ela levanta para eles.	Estudo transversal P= 137 médicos de clínica geral no Noroeste Thames e regiões de Inglaterra, País de Gales, e Irlanda do Norte.	Controle da doença e o apoio ao paciente.
Sternhell P, et al <sup>(33)</sup>	Descrever o desenvolvimento e o funcionamento do serviço de atenção primária para atender as necessidades em saúde mental de pacientes com HIV/AIDS.	Estudo transversal P= 1.269 pacientes com HIV/AIDS, na Austrália.	Tratamento seja ele físico e/ou farmacológico, psicológico ou comportamental, abordando os problemas com drogas e álcool, ansiedade, depressão, distúrbios psicóticos, declínio cognitivo e, e problemas de ajustamento.
Monros PR, et al <sup>(34)</sup>	Identificar as características clínicas e epidemiológicas de pacientes HIV-positivos e as possíveis diferenças entre os pacientes atendidos por equipes de atenção primária e pela unidade hospitalar especializada.	Estudo transversal P= 274 casos de pessoas infectadas com HIV e com registros de morbidade entre Janeiro de 1992 e Janeiro de 1995, Madrid, Espanha.	Pacientes cujo tratamento foi exclusivamente com AZT foram atendidos por equipes de atenção primária e os demais, eram acompanhados na unidade hospitalar especializada.
Brennan AT, et al <sup>(35)</sup>	Comparar os resultados clínicos, imunológicos e virológicos entre os pacientes HIV-positivos estáveis que se referem a uma enfermeira de cuidados de saúde primários para a manutenção do tratamento e para aqueles que permaneceram em um local gerido por médico.	Estudo de coorte P= 693 pacientes com HIV estáveis no Themba Lethu Clinic, em Joanesburgo, África do Sul.	Doença menos avançada e clinicamente estável foi associada à transferência dos pacientes para a APS, para facilitar a acesso aos cuidados de HIV.
Teixeira PA, et al <sup>(36)</sup>	Avaliar as atitudes de pessoas que vivem com HIV/AIDS para ter suas informações pessoais de saúde armazenadas e compartilhadas eletronicamente.	Estudo transversal P= 93 pessoas que vivem com HIV/AIDS em Nova York, EUA.	Informações quanto à adesão e ao acompanhamento de sua saúde e cuidados.
Budin J, et al <sup>(37)</sup>	Identificar os diagnósticos psiquiátricos de pessoas HIV-positivas negras que receberam serviços de saúde mental integrados em um Centro Comunitário Médico.	Estudo qualitativo P= 80 pessoas HIV-positivas negras atendidas no Centro de base comunitária no sul do Bronx, Nova York, EUA.	Os pacientes recebiam cuidados psiquiátricos em um ambiente de atenção primária urbana, aumentando a familiaridade e níveis de conforto para pacientes e funcionários.

**Legenda:**

P= participantes da pesquisa

## RESULTADOS

A caracterização dos artigos analisados está apresentada na Tabela 1.

**Tabela 1** – Caracterização dos artigos analisados LILACS, PubMed e Scopus, 2014.

	N	%
<b>Local de desenvolvimento do estudo</b>		
Inglaterra, País de Gales, e Irlanda do Norte	1	4
Austrália	1	4
Haiti	1	4
Espanha	2	8
Inglaterra	3	11
EUA	5	18
Brasil	5	18
Países da África	9	34
<b>Área do conhecimento</b>		
Odontologia	1	4
Psicologia	1	4
Enfermagem	3	11
Multiprofissional	7	26
Medicina	15	55
<b>Ano de publicação</b>		
1988 – 1992	2	8
1993 – 1997	3	11
1998 – 2002	3	11
2003 – 2007	4	15
2008 – 2014	15	55
<b>Delineamento da pesquisa</b>		
Quali-quantitativo	1	4
Estudos experimentais randomizados	3	11
Qualitativo	6	22
Quantitativo não experimental	17	63
<b>Nível de evidência</b>		
2	3	11
4	6	22
6	18	67
<b>Total:</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Quanto aos achados nos artigos do *corpus* da revisão integrativa, evidenciaram-se 15 cuidados prestados às pessoas com HIV na APS: aconselhamento, testagem e diagnóstico; prevenção da transmissão vertical; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças; orientação para promoção à saúde; avaliação nutricional; manutenção da saúde bucal; acompanhamento clínico-laboratorial; avaliação da saúde mental; suporte emocional e psicológico; encaminhamento para especialidade; visitas domiciliares; e cuidados paliativos.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Quanto à prestação de **aconselhamento, testagem e diagnóstico de HIV**, os estudos qualitativos enfocaram que a solicitação do teste é realizada de maneira prescrita e normativa, estando o teste envolto no rol dos exames solicitados, não sendo considerada uma prática fácil pelos profissionais de saúde<sup>(11-13)</sup>. Entretanto, também evidenciam que o aconselhamento promove um ambiente acolhedor de modo a favorecer a apreensão de informações<sup>(14)</sup>. Os estudos quantitativos evidenciaram a realização da solicitação do teste<sup>(15-17)</sup> e do aconselhamento<sup>(17-19)</sup> e apontam que a política pública influencia no quantitativo de testes anti-HIV e, conseqüentemente, nos casos diagnosticados<sup>(20)</sup>. Apontaram, também, que os profissionais que recebiam treinamento do AIDPI contribuíam para promover identificação precoce da infecção<sup>(21)</sup>. O aconselhamento em HIV possibilita aos profissionais desenvolverem um ambiente educador e transformador da realidade e disponibilizarem o apoio necessário diante da revelação do diagnóstico<sup>(38)</sup>.

A realização da **prevenção da transmissão vertical do HIV** foi apontada nos estudos quantitativos. A identificação precoce por meio da disponibilidade de testagem anti-HIV é essencial para garantir a redução dos casos de infecção e deve ser estimulada no acompanhamento pré-natal e para as crianças expostas, além da prescrição de profilaxia<sup>(18,21)</sup>. Essa redução conta com o envolvimento dos serviços de APS, que representa a porta de entrada no sistema de saúde, especialmente para o pré-natal, de modo a orientar e apoiar a profilaxia da transmissão vertical. Em estudo na Nigéria, a triagem para HIV no pré-natal apresentou-se amplamente aceita entre as mulheres na APS<sup>(39)</sup>. Entretanto, no Brasil, esse envolvimento ocorre de forma lenta os profissionais da APS ainda não conseguem implementar essa atividade na rotina dos serviços<sup>(40)</sup>.

O **acompanhamento do crescimento e desenvolvimento** de crianças infectadas na APS foi apontado nos estudos quantitativos. Estudos apontam a tendência de cuidado

pediátrico que inclui: consulta<sup>(22-23)</sup>, imunizações<sup>(20,22-23)</sup> e diagnóstico de doenças<sup>(20)</sup>. Outro estudo corroborou que a APS era utilizada para a grande parte das consultas e prescrições pediátricas de rotina e a equipe especializada para os cuidados específicos ao HIV<sup>(24)</sup>. Salienta-se a necessidade de integralidade na atenção à saúde, no intuito de atender às demandas específicas da condição sorológica e da fase de crescimento e desenvolvimento<sup>(41)</sup>. Destaca-se que a prática do esquema vacinal para o HIV continua sendo um grande desafio devido ao não seguimento de assistência<sup>(42)</sup>.

**A orientação para promoção à saúde** é uma estratégia de atenção às pessoas com HIV na APS. Nos estudos quantitativos foi apontado: a prevenção da infecção pelo HIV<sup>(13,25)</sup>, a orientação para o planejamento de reprodução e comportamento sexual de risco de transmissão ou reinfecção<sup>(16,19,23)</sup>, para o uso de drogas e as atividades domésticas<sup>(16)</sup>, para a integração das crianças com HIV na escola<sup>(15)</sup> e fornecimento de informações quanto a recursos sociais existentes<sup>(15)</sup>, além de acesso aos cuidados<sup>(21)</sup>. Os estudos qualitativos também apontaram a prevenção da infecção pelo HIV<sup>(12,14)</sup>, a orientação para comportamento de risco<sup>(26)</sup> e casais sorodiscordantes<sup>(27)</sup> e para o tratamento<sup>(27)</sup>. Soma-se a educação em relação aos direitos, às responsabilidades e ao empoderamento dos pacientes<sup>(28)</sup>. Ressalta-se que o indivíduo com HIV sofre com a exclusão social, a ruptura nas relações afetivas e a falta de recursos sociais e financeiros, consequências de uma doença estigmatizada<sup>(43)</sup>. Dessa forma, é necessário incentivar o enfrentamento do HIV favorecendo o desenvolvimento social das crianças e suas famílias<sup>(44)</sup>.

Entende-se que a educação em saúde está relacionada às práticas de orientação embasando as ações preventivas e promotoras dos profissionais que atuam na APS, além conscientizar os indivíduos de sua responsabilidade sobre a saúde da comunidade em que vivem<sup>(45)</sup>. Para isso, deve levar em consideração a capacidade cognitiva, o grau de escolaridade, a faixa etária, a orientação sexual, a raça/etnia, a religião e a classe social, entre

outras<sup>(46)</sup>. Essas orientações podem ser desenvolvidas por meio de grupos de apoio<sup>(17)</sup>, o que estimula a troca de experiências e auxilia na convivência com a própria doença<sup>(47)</sup>.

Evidencia-se a preocupação com a **avaliação nutricional** das pessoas com HIV nos estudos quantitativos<sup>(17-18,21,29)</sup>. O suporte nutricional, além de evitar a desnutrição e proporcionar uma alimentação saudável, auxilia na redução das manifestações clínicas da doença, como as modificações metabólicas, devido ao uso de antirretrovirais<sup>(48)</sup>.

Estudo quantitativo apontou a **manutenção da saúde bucal** na APS, porém a cobertura é baixa se comparada ao número de pessoas infectadas pelo HIV<sup>(30)</sup>. As quais são mais propensas a ter problemas de saúde bucal e carecem de avaliação regularmente<sup>(49)</sup>.

O **acompanhamento clínico-laboratorial** no serviço de APS, evidenciado nos estudos quantitativos, destaca os cuidados quanto a doença e seu controle<sup>(31-33,36)</sup> às pessoas com HIV assintomáticas ou com doença menos avançada e clinicamente estável, gerenciando o acesso aos cuidados e as complicações comuns<sup>(19)</sup>. Pacientes cujo tratamento era exclusivamente com Zidovudina eram atendidos por equipes de APS e os demais, acompanhados na unidade hospitalar especializada<sup>(19,34-35)</sup>. Esse acompanhamento engloba, também, a realização de exames laboratoriais de rotina<sup>(19,20,23)</sup>. Os estudos qualitativos apontam que esse cuidado ainda não faz parte do cotidiano da APS, sendo desenvolvido de forma fragmentada<sup>(12-13)</sup>. Dessa forma, reforça-se a importância de acompanhamento clínico e laboratorial para o controle da doença que envolve empenho com o autocuidado, sendo que os serviços de saúde tem o papel de potencializadores deste<sup>(50)</sup>.

Associado ao acompanhamento, evidenciou-se a necessidade de orientação dos pacientes a respeito da importância da terapia antirretroviral e sua adesão. Os estudos quantitativos evidenciaram o acesso ao tratamento<sup>(18,29,31,33)</sup> e orientação para a adesão<sup>(17)</sup>, corroborando com estudo qualitativo que ressaltou a avaliação de aderência<sup>(26)</sup>. A adesão repercute no controle da morbidade e da mortalidade pela AIDS, tornando-se essencial avaliar

as necessidades individuais e coletivas de forma a promover a saúde dessa população<sup>(51)</sup>.

Outro cuidado evidenciado foi a **avaliação da saúde mental** que indicou, nos estudos quali e quantitativos, a necessidade de acesso ao tratamento de saúde mental<sup>(29,37)</sup>. Os estudos evidenciaram a abordagem de problemas psiquiátricos, psicológicos e comportamentais, como ansiedade, depressão, distúrbios psicóticos, declínio cognitivo e dificuldades de ajustamento<sup>(33)</sup>, além de atenção ao abuso de substâncias psicoativas<sup>(29,33)</sup>, considerando influência, inclusive, em minimizar comportamentos sexuais de risco<sup>(25)</sup>. A promoção da saúde mental às pessoas com HIV envolve atividades psicoeducativas para o autocuidado<sup>(52)</sup>.

Quanto ao **suporte emocional e psicológico**, os estudos qualitativos e quantitativos apontam que os profissionais realizam este apoio continuado<sup>(13,32)</sup>, tanto psicológico quanto social<sup>(17,28,33)</sup>. Estudo qualitativo evidencia que este suporte deve ser ofertado ao paciente e à família, podendo influenciar na aceitação do diagnóstico<sup>(14)</sup>, nas relações interpessoais e no enfrentamento da infecção<sup>(53)</sup>.

Evidenciou-se, em estudo quali-quantitativo, a disposição do serviço de APS para o **encaminhamento** dos casos diagnosticados para o atendimento especializado ao HIV e para demais serviços, tais como dentistas e serviços sociais<sup>(13)</sup>. Porém, aqueles que conseguem ser encaminhados oficialmente apresentam itinerários rápidos e curtos, diferentemente daqueles que chegam por meio de encaminhamentos informais, os quais poderiam ser facilitados se houvesse um sistema preparado para absorver as necessidades desses indivíduos<sup>(54)</sup>.

Evidenciou-se a prestação de **visitas domiciliares** no cuidado às pessoas com HIV pelos serviços de APS<sup>(16-18)</sup>. Estudo qualitativo apontou que os enfermeiros da APS faziam o acompanhamento dos pacientes doentes a domicílio, apesar de existirem diretrizes políticas para cuidadores domiciliares voluntários prestar este serviço<sup>(28)</sup>. As visitas possibilitam conhecer o contexto de vida e a dinâmica das famílias, constituindo oportunidade para fortalecer vínculos, atividades educativas e identificar situações de risco<sup>(55)</sup>.



Os **cuidados paliativos** foram associados ao serviço de APS em estudo qualitativo<sup>(13)</sup>, e inclusive, domiciliares terminais em estudo quantitativo<sup>(16)</sup>. Aponta-se que, internacionalmente, são discutidas iniciativas, especialmente, em países africanos afetados pela AIDS, onde, na ausência de organização dos serviços de saúde, conta-se com a comunidade para assistir aos enfermos<sup>(52)</sup>.

As evidências disponíveis acerca dos cuidados prestados às pessoas com HIV oferecem subsídios para a composição de um panorama mundial da prática assistencial de saúde na APS à esta população. Apesar da limitação do recorte estabelecido pela estratégia de busca utilizada, observa-se que os diferentes serviços, populações, países e seus diferentes contextos econômicos, políticos e sociais prestam ações que indicam o potencial da APS em realizar os cuidados. Entretanto, não se tem a definição das atribuições de cada serviço nem da efetividade dessas ações prestadas.

Conclui-se que os cuidados prestados pela APS às pessoas com HIV ainda não configuram uma rede de atenção à saúde, apesar de algumas pesquisas já trazerem avanços em relação à integração do cuidado. A organização dos serviços de saúde para a concretização da rede necessita da articulação e cooperação entre atores sociais e políticos visando à construção de arranjos institucionais necessários para o alcance dos objetivos almejados. Há a necessidade de comunicação entre os serviços visando que quando há limitação em um ponto da rede o usuário deve ser encaminhado ao próximo ponto.

A prevalência de estudos descritivos sugere a necessidade de fortalecer a construção do conhecimento com estudos de maior nível de evidência. Para o avanço do conhecimento, há a necessidade de incrementar a condução de pesquisas direcionadas para a investigação de intervenções efetivas para o desenvolvimento dos cuidados às pessoas com HIV na APS.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. 2013. 150 p.
2. Alencar TMD, Nemes MIB, Velloso MA. Transformações da “aids aguda” para a “aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008;13(6):1841-9.
3. Paula CC, Padoin SMM, Langendorf TF, Mutti CF, Hoffmann IC, Valadão MC. Acompanhamento ambulatorial de crianças que tem hiv/aids: cuidado centrado na criança e na família. *Cienc Cuid Saude* 2012 Jan/Mar; 11(1):196-201.
4. Nobrega VM, Damasceno SS, Rodrigues PF, Reichert APS, Collet N. Atenção à criança com doença crônica na estratégia saúde da família. *Cogitare Enferm.* 2013 Jan/Mar; 18(1):57-63.
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Q* 2005; 83 (3):457-502.
6. Palácio MB, Figueiredo MAC, Souza LB. O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde. *Psico (Porto Alegre)* 2012;43(3):350-67.
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.
8. 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.
9. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. latinoam. enferm.* 2006;14(1):124-31.
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice.* Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.
11. Araújo MAL, Vieira NFC, Galvão MTG. Aconselhamento pré e pós-teste anti HIV em gestantes em Fortaleza, Ceará. *Espaç. saúde (Online)* 2011;12(2):18-27.
12. Souza MCMR, Freitas MIF. Representações de profissionais da atenção básica sobre HIV/Aids. *REME Rev Min Enferm.* 2009;13(4):499-505.
13. King M, Petchey R, Singh S, Wright L, Raab J, Farnsworth W, et al. The role of the general practitioner in the community care of people with HIV infection and AIDS: A comparative study of high- and low-prevalence areas in England. *Br J Gen Pract*, 1998;48(430):1233-6.
14. Henriques MERM, Lima EAR. Mulheres expostas ao HIV/AIDS: promovendo qualidade de vida na atenção básica. *Rev. Eletr. Enf.* 2009;11(4):952-63.
15. Rodés A, Aguilera R, Blanch C, Casabona J. Evaluation of an informative leaflet on AIDS/HIV infection aimed at primary health care professionals in Catalonia. *Aten Primaria.* 1996;17(1):4-10.
16. Anderson, P., Mayon-White, R. General practitioners and management of infection with HIV. *BMJ* 1988;296(6621):535-7.
17. Renaud A, Basenya O, De Borman N, Greindl I, Meyer-Rath G. The cost effectiveness of integrated care for people living with HIV including antiretroviral treatment in a primary

- health care centre in Bujumbura, Burundi. *AIDS Care* 2009;21(11):1388-94.
18. Peck R, Fitzgerald DW, Liautaud B, Deschamps MM, Verdier RI, Beaulieu ME, et al. The feasibility, demand, and effect of integrating primary care services with HIV voluntary counseling and testing: Evaluation of a 15-year experience in Haiti, 1985-2000. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 2003;33(4):470-5.
  19. Gleeson CJ, Havron A, Wadland WC. Family physician management of HIV and AIDS: A Vermont study. *J Fam Pract* 1994;39(1):50-4.
  20. Matsubayashi T, Manabe YC, Etonu A, Kyegombe N, Muganzi A, Coutinho A, Peters DH. The effects of an HIV project on HIV and non-HIV services at local government clinics in urban Kampala. *BMC International Health and Human Rights*. 2011;11(suppl. 1):S9.
  21. Horwood C, Vermaak K, Rollins N, Haskins L, Nkosi P, Qazi S. Paediatric HIV management at primary care level: an evaluation of the integrated management of childhood illness (IMCI) guidelines for HIV. *BMC Pediatr*. 2009;22;9:59.
  22. Shepard DS, Zeng W, Amico P, Rwiyereka AK, Avila-Figueroa C. A controlled study of funding for HIV/AIDS as resource capacity building in the health system in Rwanda. *Am J Trop Med Hyg*. 2012;86(5):902-7.
  23. Price JE, Leslie JA, Welsh M, Binagwaho A. Integrating HIV clinical services into primary health care in Rwanda: A measure of quantitative effects. *AIDS Care*, 2009;21(5):608-14.
  24. Boulton M, Beck E, Walters S, Miller D. General practice and the care of children with HIV infection: 6 month prospective interview study. *BMJ* 1999;319:232-5.
  25. Wilkinson JD, Zhao W, Santibanez S, Arnsten J, Knowlton A, Gómez CA, et al. Providers' HIV prevention discussions with HIV-seropositive injection drug users. *AIDS Behav*, 2006;10(6):699-705.
  26. Dewing S, Mathews C, Schaay N, Cloete A, Louw J, Simbayi L. Behaviour change counselling for ARV adherence support within primary health care facilities in the Western Cape, South Africa. *AIDS Behav*. 2012;16(5):1286-94.
  27. Silva NHLP, Cardoso CL. Agentes comunitários de saúde: sentidos acerca do trabalho em HIV/AIDS *Psicol. Soc.* 2008;20(2):257-66.
  28. Stein J, Lewin S, Fairall L. Hope is the pillar of the universe: Health-care providers' experiences of delivering anti-retroviral therapy in primary health-care clinics in the Free State province of South Africa. *Soc Sci Med* 2007;64(4):954-64.
  29. Lo W, MacGovern T, Bradford J. Association of ancillary services with primary care utilization and retention for patients with HIV/AIDS. *AIDS Care* 2002;14(suppl. 1):S45-57.
  30. Camurça VV, Ramos Jr AN, Camurça VV, Alencar CHM, Almeida MEL. Assistência odontológica a portadores de HIV na rede de serviços do sistema único de saúde em Fortaleza, Ceará. *Rev. APS*. 2010;13(1):18-25.
  31. Wouters E, Heunis C, van Rensburg D, Meulemans H. Patient satisfaction with antiretroviral services at primary health-care facilities in the Free State, South Africa--a two-year study using four waves of cross-sectional data. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(210):[16 pages].
  32. Boyton R, Scambler G. Survey of general practitioners' attitudes to AIDS in the North West Thames and East Anglian regions. *BMJ* 1988;296(6621):538-40.

33. Sternhell P, Landstra J, Andersson-Noorgard K. H2M: A GP-focused multidisciplinary team for patients living with HIV and hepatitis C. *Australas Psychiatry*, 2012;20(3):220-4.
34. Monros PR, Fernández CR, Agúndez CL, Alvarez RM, López TH, García AV. HIV/AIDS infection in Area 11 of Madrid: a panorama from the primary care viewpoint. *Aten Primaria*. 1997;20(5):243-6.
35. Brennan AT, Long L, Maskew M, Sanne I, Jaffray I, MacPhail P, Fox MP. Outcomes of stable HIV-positive patients down-referred from a doctor-managed antiretroviral therapy clinic to a nurse-managed primary health clinic for monitoring and treatment. *AIDS*. 2011;25(16):2027-36.
36. Teixeira PA, Gordon P, Camhi E, Bakken S. HIV patients' willingness to share personal health information electronically. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):e9-12.
37. Budin J, Boslaugh S, Beckett E, Winiarski MG. Utilization of psychiatric services integrated with primary care by persons of color with HIV in the Inner City. *Community Ment Health J* 2004;40(4):365-78.
38. Moreno DMFC, Reis AOA. Revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV no contexto do aconselhamento: a versão do usuário. *Temas psicol*. 2013 Dez;21(3):591-609.
39. Daniel OJ, Oladapo OT. Acceptability of prenatal HIV screening at the primary care level in Nigeria. *J Obst Gynaecol Res* 2006;26(3):191-4.
40. Araújo MAL, Vieira NFC, Silva RM. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. *Ciênc. saúde coletiva* 2008;13(6):1899-906.
41. Paula CC, Brum CN, Zuge SS, Rodrigues AP, Tolentino LC, Padoin SMM. Caracterização da morbimortalidade de crianças com HIV/AIDS em serviço de referência no Sul do Brasil. *Saúde (Santa Maria)* 2012;38(2):2536.
42. 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 Rev Enferm*. 2011;15(3):573-80.
43. Santos RM. A problemática da exclusão/inclusão social dos portadores de HIV/AIDS no Brasil. *Interface, Natal/RN*, 2007;4(1):99-115.
44. Bragheto ACM, Carvalho AMP. Desempenho escolar, comportamental e desenvolvimento cognitivo e emocional de crianças infectadas pelo HIV: estudo preliminar. *Rev. enferm. UERJ* 2013; 21(1):29-33.
45. Feijão AR, Galvão MTG. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. *Rev. RENE* 2007;8(2):41-9.
46. Sousa CSO, Silva AL. O cuidado a pessoas com HIV/aids na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4):907-14.
47. Pereira AV, Vieira ALS, Amâncio Filho A. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. *Trab Educ Saúde* 2011;9(1):25-41.
48. Ladeira POC, Silva DCG. Estado nutricional e perfil alimentar de pacientes assistidos pelo Programa de DST/AIDS e Hepatites Virais de um centro de saúde de Itaperuna-RJ. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2012;24(1):28-31.
49. Pereyra M, Metsch LR, Tomar S, Valverde E, Jeanty Y, Messinger S, Boza H. Utilization of dental care services among low-income HIV-positive persons receiving primary care in South Florida. *AIDS Care*. 2011;23 (1):98-106.

50. Meirelles BHS, Silva DMGV, Vieira FMA, Souza SS, Coelho IZ, Batista R. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. *Rev Rene, Fortaleza*, 2010;11(3):68-76.
51. Padoin SMM, Paula CC, Zuge SS, Langendorf TF, Santos EEP, Primeira MR. Terapia antirretroviral del AIDS en adultos mayores de 50 años: prevalencia y clasificación de los no adherentes. *Enfermería Global [Internet]*. 2013 [acesso 18 fev 2014];12(3):69-76. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.3.151521/149821>
52. Paiva VSF. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. *Temas psicol.* 2013;21(3):531-49.
53. Faria ER, Carvalho FT, Gonçalves TR, Moskovics JM, Piccinini CA. Intervenções psicológicas para pessoas vivendo com HIV/Aids: Modelos, resultados e lacunas. *R Interam Psicol.* 2011;45(3):339-50.
54. Ferreira DC, Silva GA. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012;17(11):3087-98.
55. Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciênc Cuid Saúde*, 2008;7(2):241-7.

## ARTIGO 2

### QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COM HIV: COMPARAÇÃO ENTRE SERVIÇOS\*

#### RESUMO

Objetivou-se comparar a qualidade da atenção à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV entre os tipos de serviços, na experiência dos familiares/cuidadores. Estudo transversal desenvolvido com 71 familiares/cuidadores utilizando-se o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) versão criança. Para análise utilizou-se o Teste de Mann-Whitney ou T student e Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. Foram apontados como fonte regular de atenção os serviços de Atenção Primária à Saúde e, majoritariamente, o serviço especializado ao HIV. Não houve diferenças significativas na qualidade de ambos, visto que seus escores atingiram valor próximo ao ideal. Porém, evidencia-se a necessidade de aprimorar os seus atributos, o que implica em reformulações de seus aspectos de estrutura e desempenho. Além disso, é imperativo o reconhecimento da Atenção Primária à Saúde como espaço integrante da promoção à saúde das crianças e adolescentes com HIV.

**Descritores:** Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Atenção primária à saúde; Avaliação de serviços de saúde; HIV.

---

\* Artigo a ser submetido no periódico Revista Brasileira de Enfermagem

## INTRODUÇÃO

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em crianças e adolescentes é decorrente da categoria de infecção por transmissão vertical e horizontal. A primeira categoria caracteriza os nascidos infectados devido à condição sorológica materna positiva ao HIV. A segunda aborda os infectados devido à exposição sexual ou sanguínea. No Brasil, no período 1980-2013, foram notificados 18.807 casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) na faixa etária entre 0 a 9 anos (crianças) e 15.480 na de 10 a 19 anos (adolescentes). Considerando os últimos anos, há uma redução na notificação dos casos nas crianças, sendo 640 em 2011 e 584 em 2012, já nos adolescentes houve um aumento sendo 887 e 923, respectivamente<sup>(1)</sup>.

O diagnóstico precoce e o tratamento de crianças e adolescentes com HIV são prioridades em saúde. Apesar das políticas públicas nacionais de enfrentamento da epidemia da AIDS terem reconhecimento internacional, existem, ainda, barreiras para a efetivação da qualidade da atenção à saúde, seja pelas diversidades regionais, seja pela falta de diálogo nas esferas governamentais<sup>(2)</sup>. O fortalecimento do sistema de saúde perpassa pelo investimento em serviços acessíveis, que ofereçam continuidade do cuidado e atenção integral, bem como implementem a coordenação do fluxo dos usuários por meio da responsabilidade compartilhada entre os profissionais<sup>(3)</sup>.

A afiliação das crianças e adolescentes com HIV visa identificar o serviço de saúde que serve como referência para a continuidade de seus cuidados, independente da existência de uma rede de saúde estabelecida, podendo ser qualquer tipo de serviço ou profissional de saúde<sup>(4)</sup>. Entretanto, a atenção à saúde dessa população, muitas vezes, está centralizada na exigência de uma equipe de profissionais com experiência e de um serviço com estrutura e com tecnologia para o acompanhamento clínico e laboratorial<sup>(3)</sup>. Os quais estão sobrecarregados com as demandas de assistência, decorrente da carência de recursos humanos e de infraestrutura adequada<sup>(5)</sup>.

Dessa forma, constata-se a necessidade de descentralização e ampliação das ações dos serviços especializados ao HIV/AIDS para a Atenção Primária à Saúde (APS) como forma de reconhecê-la como coordenadora do cuidado e qualificar a atenção<sup>(6-7)</sup>. A APS é caracterizada como o componente-chave do sistema de saúde por ter caráter estratégico na estruturação das ações. Distingue-se, principalmente, por seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção) e derivados (competência cultural, orientação familiar e comunitária). Com base nestes atributos, é possível determinar a

qualidade dos serviços e promover melhores indicadores de saúde, maior satisfação e menores custos<sup>(8)</sup>.

Ressalta-se a necessidade de avaliação da qualidade da atenção à saúde dessa população, visando identificar as lacunas do cuidado, de modo a promover melhorias na estrutura e no desempenho das ações oferecidas<sup>(9)</sup>. Essa avaliação envolve a relação entre a necessidade da população e o serviço prestado visando produzir dados confiáveis a fim de contribuir na tomada de decisões e na reorganização das ações<sup>(10)</sup>. Diante do exposto, tem-se como **objetivo** comparar a qualidade da atenção à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV entre os tipos de serviços, na experiência dos familiares/cuidadores.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido em um serviço ambulatorial especializado para o atendimento de crianças e de adolescentes com HIV no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Justifica-se a escolha deste serviço para a coleta de dados pelo acesso à população, a qual possui regularmente uma agenda de consulta de acompanhamento de saúde.

Utilizou-se a população de familiares/cuidadores de crianças e adolescentes com HIV (N=80), portanto, não foi realizado cálculo amostral. Os critérios de inclusão foram: familiares ou cuidadores de crianças (0 a 9 anos de idade) e de adolescentes (10 a 19 anos)<sup>(1)</sup> com HIV em acompanhamento no serviço especializado. Foram excluídos: familiares/cuidadores que apresentassem limitação que dificultasse a expressão verbal; ou que referissem serviços particulares como fonte regular da atenção à saúde. Totalizaram 71 participantes. Ocorreram três recusas de participação no estudo, quatro familiares/cuidadores foram excluídos por referirem serviços particulares como fonte regular da atenção e dois não mantinham mais acompanhamento no serviço.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a setembro de 2013. Os familiares/cuidadores foram acessados no serviço quando acompanharam a criança/adolescente no dia de consulta. Foi utilizado um protocolo de pesquisa aplicado por meio de coletadores, contendo: Parte 1 - questionário de caracterização da população, que integra os dados sociodemográficos, clínicos e de utilização dos serviços de saúde; e Parte 2 - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) versão Criança (aplicado aos familiares/cuidadores).<sup>(8,11)</sup>

Este instrumento mede a presença e a extensão de cada atributo da APS, os quais são constituídos por um componente relacionado à estrutura e ao desempenho, compondo uma



avaliação de quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da APS, ou seja, a sua qualidade. O instrumento é composto por uma escala Likert sendo que as respostas possíveis para cada um dos itens são: “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). Sendo possível construir escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo<sup>(9)</sup>.

O tipo de serviço preferencial para a atenção a saúde da criança e do adolescente foi definido pelo familiar/cuidador com base na aplicação de três perguntas iniciais contidas no PCATool-Brasil que estabelecem o Grau de Afiliação: referente ao serviço de saúde que procura diante de uma necessidade da criança/adolescente; aquele que conhece melhor a criança/adolescente; e que é mais responsável pelo atendimento de saúde da criança/adolescente<sup>(8)</sup>. O restante do instrumento foi respondido considerando o serviço referido no Grau de Afiliação. Para a análise dos dados, as respostas foram categorizadas em “serviço especializado ao HIV” e “serviço de APS”. Como APS foram considerados os serviços: Unidade Básica de Saúde e Estratégia de Saúde da Família.

As variáveis sociodemográficas foram compostas por: idade, município procedência, anos de estudo, renda; variáveis clínicas: categoria de infecção, diagnóstico, tratamento; e variáveis de utilização do serviço: conhecimento do serviço de saúde mais próximo da residência e o tipo de serviço e se leva a criança/adolescente neste serviço. Para a categorização das variáveis quantitativas (idade, anos de estudo, tempo de diagnóstico, renda) foi utilizada a mediana como ponto de corte, tendo em vista a distribuição assimétrica dos dados.

Os dados foram organizados no programa Epi info® 6.04, com dupla digitação independente e correção de erros e inconsistências. A análise dos dados foi realizada no *software Statistical Analysis System (SAS)*, versão 9.3. A distribuição de normalidade das variáveis foi avaliada pelo Teste Shapiro Wilk. A consistência interna do PCATool-Brasil versão Criança foi avaliada por meio do Alpha de Cronbach ( $\alpha=0,874$ ). Os atributos e seus componentes foram analisados por meio de cálculo dos escores: por cada atributo, dos atributos essenciais, dos atributos derivados e escore geral, de acordo com a orientação do Manual do PCATool-Brasil.<sup>(8)</sup> Os valores dos escores foram transformados em escala contínua variando de 0 a 10, sendo que o escore  $\geq 6,6$  foi considerado alto escore. Esse valor equivale, na escala de 1 a 4, ao escore 3 (“provavelmente sim”) que corresponde a extensão adequada do atributo.<sup>(8)</sup>

Para a análise de associação das variáveis (sociodemográficas, clínicas e de utilização do serviço) ao serviço que assistia regularmente a criança e o adolescente utilizou-se o Teste

Qui-quadrado ou Exato de Fisher. Para a comparação das médias de cada atributo entre os tipos de serviço foi utilizado o Teste de Mann-Whitney ou t Student. Para a análise das proporções foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher, buscando identificar as variáveis (sociodemográficas, clínicas e de utilização dos serviços de saúde) que poderiam estar associadas à qualidade da atenção do serviço referido como fonte regular de atenção à saúde. Dessa forma, o grupo foi dicotomizado em relação ao escore atribuído, por meio de alto ou satisfatório ( $\geq 6,6$ ) e baixo ( $<6,6$ ) escore. O nível de significância assumido nos testes foi de 5%.

Foram considerados os aspectos éticos de acordo com as diretrizes da Resolução 196/96, em vigência no período da pesquisa<sup>(12)</sup>. Os familiares/cuidadores foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentado em duas vias. O estudo obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria com Parecer n°183.572 em Janeiro de 2013.

## **RESULTADOS**

Dentre os 71 participantes do estudo, 56 apontaram o serviço especializado como a fonte regular de atenção à saúde. Destaca-se que o serviço especializado foi apontado como o serviço geralmente procurado quando há um novo problema de saúde (43); como o serviço que melhor conhece a criança ou adolescente (45); e como o serviço mais responsável pela saúde da criança/adolescente com HIV (60).

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas, clínicas e de utilização dos serviços de saúde, segundo a fonte regular de atenção referida pelo familiar/cuidador.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas, clínicas e de utilização dos serviços de crianças e adolescentes com HIV, segundo o tipo de serviço referido pelos familiares/ cuidador como fonte regular da atenção. Santa Maria, 2013. (N=71)

Variáveis	Total (N= 71)		Serviço especializado (N=56)		APS (N=15)		p
	N	%	N	%	N	%	
<b>Características sociodemográficas</b>							
<b>Idade da criança/adolescente</b>							<b>&lt;0,001†</b>
Até 12 anos	35	49,0	35	62,5	0	0,0	
De 13 a 19 anos	36	51,0	21	37,5	15	100,0	
<b>Município de procedência</b>							<b>0,079†</b>
Santa Maria	35	49,0	31	55,0	4	27,0	
Outros	36	51,0	25	45,0	11	73,0	
<b>Cuidador principal</b>							<b>0,549*</b>
Mãe	38	54,0	31	55,0	7	47,0	
Outros	33	46,0	25	45,0	8	53,0	
<b>Renda (N=69)</b>							<b>0,575*</b>
Até 1000 reais	37	54,0	28	52,0	9	60,0	
Acima de 1000 reais	32	46,0	26	48,0	6	40,0	
<b>Anos de estudo do familiar/cuidador</b>							<b>0,008†</b>
Até 6 anos	41	58,0	37	66,0	4	27,0	
Acima de 6 anos	30	42,0	19	34,0	11	73,0	
<b>Características clínicas</b>							
<b>Como criança/adolescente adquiriu o HIV</b>							<b>1,000†</b>
Transmissão vertical	64	90,0	50	89,0	14	93,0	
Outros	7	10,0	6	11,0	1	7,0	
<b>Tempo de descoberta de diagnóstico</b>							<b>0,009†</b>
Até 8,5 anos	36	51,0	33	59,0	3	20,0	
Acima de 8,5 anos	35	49,0	23	41,0	12	80,0	
<b>Criança/adolescente faz tratamento medicamentoso</b>							<b>0,006†</b>
Não	5	7,0	1	2,0	4	27,0	
Sim	66	93,0	55	98,0	11	73,0	
<b>Característica de utilização dos serviços</b>							
<b>Conhece serviço de saúde mais próximo da residência</b>							<b>1,000†</b>
Não	4	6,0	3	5,0	1	7,0	
Sim	67	94,0	53	95,0	14	93,0	
<b>Tipo de serviço mais próximo da residência (N=66)</b>							<b>1,000†</b>
APS	63	95,0	48	94,0	15	100,0	
Outros	3	5,0	3	6,0	0	0,0	
<b>Leva no serviço mais próximo da residência</b>							<b>0,002†</b>
Não	40	56,0	37	66,0	3	20,0	
Sim	31	44,0	19	34,0	12	70,0	

\*Teste Qui-quadrado de *Pearson*. †Teste exato de Fisher

Dentre as variáveis sociodemográficas, clínicas e de utilização do serviço, estiveram estatisticamente associadas ao serviço que assistia regularmente a criança e o adolescente: idade da criança/adolescente, anos de estudo do familiar/cuidador, tempo de descoberta de diagnóstico, criança/adolescente fazer tratamento e familiar/cuidador levar a criança/adolescente no serviço mais próximo da residência.

Na Tabela 2 estão apresentados os escores dos atributos em relação à atenção a saúde das crianças e adolescentes com HIV, estabelecendo a comparação entre os tipos de serviço.

**Tabela 2** – Comparação entre as médias dos escores dos atributos entre os tipos de serviços referidos como fonte regular de atenção. 2013. (N=71)

Atributos	Escore (0-10)										p**
	Serviço especializado (N=56)					APS (N=15)					
	Média	Desvio padrão	Mediana	Min.	Máx.	Média	Desvio padrão	Mediana	Min.	Máx.	
Grau de afiliação <sup>†</sup>	8,15	2,10	10,00	3	10	8,00	2,10	6,67	3	10	0,763
Acesso de Primeiro Contato – utilização <sup>†</sup>	8,41	2,59	10,00	0	10	9,03	1,24	10,00	6	10	0,834
Acesso de Primeiro Contato – acessibilidade <sup>†</sup>	7,19	2,03	7,78	1	10	7,70	1,94	7,78	4	10	0,445
Longitudinalidade*	8,02	1,12	8,18	5	10	7,67	1,93	7,88	2	10	0,750
Coordenação – integração dos cuidados <sup>†</sup>	8,09	2,43	9,33	0	10	8,16	2,32	9,33	4	10	0,978
Coordenação – sistema de informações <sup>†</sup>	7,71	2,17	7,78	2	10	7,18	2,48	7,78	2	10	0,476
Integralidade – serviços disponíveis*	7,14	1,63	7,41	3	10	6,94	1,67	6,85	3	10	0,872
Integralidade – serviços prestados <sup>†</sup>	6,57	3,49	7,67	0	10	6,42	4,04	8,33	0	10	0,958
Orientação Familiar <sup>†</sup>	5,21	2,93	5,28	0	10	4,48	3,54	4,44	0	10	0,449
Orientação Comunitária <sup>†</sup>	2,53	3,18	1,67	0	10	1,92	3,33	0,00	0	10	0,310
Escore Essencial*	7,02	1,43	7,22	4	9	6,93	1,63	6,45	4	9	0,459
Escore Derivado <sup>†</sup>	3,67	2,37	3,33	0	10	3,07	3,04	2,22	0	10	0,178
Escore Geral*	6,43	1,34	6,49	3	8	6,13	1,61	5,53	3	8	0,341

\* Distribuição normal. <sup>†</sup> Distribuição assimétrica. \*\* Teste Mann-Whitney ou *t* Student

Na avaliação dos atributos segundo o tipo de serviço, ambos apresentaram valores de escores satisfatórios ( $\geq 6,6$ ) para os atributos: Grau de afiliação; Acesso de Primeiro Contato – utilização; Acesso de Primeiro Contato – acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação – integração dos cuidados; Coordenação – sistema de informações; Integralidade – serviços disponíveis. Não houve diferença estatisticamente significativa entre ambos. Na análise conjunta dos atributos, nenhum serviço apresentou valor satisfatório de Escore Geral.

Foi realizada a análise da associação entre as características (sociodemográficas, clínicas e de utilização dos serviços de saúde) e a melhor avaliação da atenção (alto Escore Geral), de acordo com o tipo de serviço (especializado ou APS) estabelecido pelo grau de afiliação (Tabela 3).

**Tabela 3** – Associação das características sociodemográficas, clínicas e de utilização dos serviços de saúde com o alto/baixo escore, segundo a fonte regular da atenção das crianças e adolescentes com HIV. 2013. (N=71)

Variáveis	PCATool-Brasil								
	Serviço especializado (N=56)				P	Serviço de APS (N=15)			
	Alto Escore Geral (≥6,6)		Baixo Escore Geral (<6,6)			Alto Escore Geral (≥6,6)		Baixo Escore Geral (<6,6)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Idade da criança/adolescente</b>	0,094*								
Até 12 anos	12	50,0	23	72,0	-	-	-	-	-
De 13 a 19 anos	12	50,0	9	28,0	5	100,0	10	100,0	-
<b>Município proveniente</b>	0,351*								
Santa Maria	15	62,5	16	50,0	0	0,0	4	40,0	0,230†
Outros	9	37,5	16	50,0	5	100,0	6	60,0	-
<b>Como adquiriu o HIV</b>	1,000†								
Transmissão vertical	21	87,5	29	91,0	4	80,0	10	100,0	0,333†
Outros	3	12,5	3	9,0	1	20,0	0	0,0	-
<b>Tempo de descoberta de diagnóstico</b>	0,084*								
Até 8,5 anos	11	46,0	22	69,0	0	0,0	3	30,0	-
Acima de 8,5 anos	13	54,0	10	31,0	5	100,0	7	70,0	-
<b>Criança/adolescente faz tratamento</b>	1,000†								
Não	0	0,0	1	3,0	2	40,0	2	20,0	-
Sim	24	100,0	31	97,0	3	60,0	8	80,0	-
<b>Cuidador principal</b>	0,698*								
Mãe	14	58,0	17	53,0	1	20,0	6	60,0	0,282†
Outros	10	42,0	15	47,0	4	80,0	4	40,0	-
<b>Anos de estudo do familiar/cuidador</b>	0,221*								
Até 6 anos	18	75,0	19	59,0	0	0,0	4	40,0	-
Acima de 6 anos	6	25,0	13	41,0	5	100,0	6	60,0	-
<b>Renda</b>	0,967*								
Até 1000 reais	12	52,0	16	52,0	3	60,0	6	60,0	1,000†
Acima de 1000 reais	11	48,0	15	48,0	2	40,0	4	40,0	-
<b>Conhece serviço de saúde mais próximo da residência</b>	1,000†								
Não	1	4,00	2	6,0	0	0,00	1	10,0	-
Sim	23	96,0	30	94,0	5	100,0	9	90,0	-
<b>Tipo de serviço mais próximo da residência</b>	0,258†								
APS	21	100,0	27	90,0	5	100,0	10	100,0	-
Outros	0	0,0	3	10,0	-	-	-	-	-
<b>Leva no serviço mais próximo da residência</b>	0,103*								
Não	13	54,0	24	75,0	2	40,0	1	10,0	-
Sim	11	46,0	8	25,0	3	60,0	9	90,0	-

\*Teste Qui-quadrado de *Pearson*. †Teste Exato de Fisher

Ao serem avaliadas as características da população associadas ao Escore Geral do serviço especializado, não foi evidenciada diferença estatística que pudesse ser associada ao alto escore. O mesmo ocorreu com o serviço de APS. Ou seja, nenhuma característica esteve

associada ao alto escore tanto da APS quanto do serviço especializado, evidenciando que as características da população não interferiram na avaliação da atenção de ambos os serviços.

## DISCUSSÃO

Foi identificado, para a maioria dos entrevistados, o serviço especializado como fonte regular de atenção à saúde. Outro estudo corrobora com este resultado e o justifica pela organização do sistema de saúde e pela experiência dos profissionais deste serviço<sup>(13)</sup>.

Os achados relacionados às características sociodemográficas sinalizam para uma maior vulnerabilidade da população que utiliza o serviço especializado como fonte regular de atenção. Essa vulnerabilidade se refere à prevalência da faixa etária até 12 anos e a baixa escolaridade de seus familiares/cuidadores. Este resultado se assemelha a outro estudo, que reforça a tendência de pauperização da epidemia, com o aumento dos casos em indivíduos com baixa escolaridade a qual, também, é um marcador da situação socioeconômica<sup>(14)</sup>. Quanto às características clínicas, constata-se que entre aqueles que apontaram o serviço de APS como fonte regular da atenção a maioria possuía maior tempo de descoberta de diagnóstico do que aqueles que referiram o serviço especializado e realizava tratamento medicamentoso. Nesse sentido, ratifica a importância do compartilhamento do cuidado com a APS independente de estar ou não realizando tratamento. Convergente com estudo desenvolvido na África em que os usuários com doença menos avançada e clinicamente estável eram atendidos por equipes de APS e os demais, acompanhados no serviço especializado<sup>(15)</sup>.

No que se refere à utilização dos serviços, aqueles que referiram o serviço especializado não utilizam o serviço mais próximo da residência para a atenção à saúde das crianças e adolescentes com HIV. Corroborando com achado de outro estudo que afirma que o serviço de saúde mais próximo, geralmente, não é utilizado na promoção da saúde dessa população.<sup>(16)</sup> Em contraponto, em outras doenças infectocontagiosas, como a Tuberculose, já vem sendo proposto o seu controle no âmbito da APS com a incorporação de ações de diagnóstico, tratamento e prevenção da doença.<sup>(17)</sup> Outras condições crônicas, como a hipertensão, também possuem o diagnóstico e controle como uma atribuição dos serviços de APS.<sup>(18)</sup> A dificuldade de implantação de ações para afiliação à APS de pessoas com HIV é justificada pela falta de preparo profissional para desenvolver a atenção à essa população e pelo estigma.<sup>(19)</sup>

Em relação aos escores de cada atributo entre os serviços identificados como fonte regular de atenção pelos familiares/cuidadores, destaca-se que a maioria dos atributos

avaliados obtiveram altos escores. No atributo **Acesso de Primeiro Contato** os escores foram satisfatórios e semelhantes entre os serviços indicando que esta população tem conseguido acesso aos serviços de saúde. O componente de estrutura “acessibilidade” e o de utilização “acesso” obtiveram maior escore na APS, divergente dos resultados de estudos que avaliaram a APS à população em geral e que obtiveram os mais baixos escores<sup>(20-21)</sup>. O que pode ser justificado devido a APS estar, muitas vezes, mais próxima dos usuários do que o serviço especializado podendo ser o serviço de primeira procura<sup>(21)</sup>.

O escore satisfatório do atributo **Logitudinalidade** em ambos os serviços evidencia este como essencial para atenção à saúde da criança e do adolescente com HIV, visto que visa ter uma fonte de atenção, manter uso regular e constituir vínculo, que reflitam a cooperação mútua entre os usuários e os profissionais de saúde<sup>(9)</sup>. Ressalta-se que a dificuldade de continuidade da atenção à saúde reflete em altas proporções de não realização de teste anti-HIV e de não adesão à terapia antirretroviral entre pessoas com HIV<sup>(22)</sup>. O maior escore evidenciado pelo serviço especializado pode ser justificado pelo acompanhamento contínuo que é desenvolvido neste em função da condição crônica.

O atributo **Coordenação da Atenção** também obteve escore satisfatório para ambos os serviços. O componente “integração dos cuidados” obter maior pontuação no serviço de APS sugere que este serviço está orientado para o encaminhamento e comunicação com outros serviços de saúde. Já quanto ao alto escore do componente “sistema de informações” no serviço especializado indica que este serviço está mais bem organizado e informando aos pacientes quanto aos seus documentos e prontuários. Destaca-se que o encaminhamento para os serviços especializados, muitas vezes, resulta na desvinculação dos usuários da APS e na transferência da responsabilidade pelo acompanhamento<sup>(13)</sup>. Dessa forma, o serviço especializado representa ao usuário o local no qual é oferecida a atenção à sua condição de saúde, sugerindo que não há necessidade de revelar seu diagnóstico a uma equipe de APS<sup>(6)</sup>. Isso é um equívoco, pois os especialistas podem oferecer a atenção mais apropriada para tal enfermidade, mas um profissional da APS deve integrar a atenção para a variedade de problemas de saúde que circundam o indivíduo<sup>(10)</sup>.

Na análise do atributo **Integralidade** verificou-se que o componente “serviços disponíveis” obteve escore satisfatório em ambos os serviços, o que demonstra que os familiares/cuidadores acreditam que os serviços disponibilizam atendimento às necessidades básicas de saúde da população, incluindo insumos como vacinas e medicamentos. Entretanto, por sua vez, o componente “serviços prestados” obteve valores aquém do considerado ideal, evidenciando a necessidade de investimento nas ações de promoção e prevenção para que

sejam efetivamente executadas pelos serviços de saúde. Estudo aponta que os profissionais da APS relatam obstáculos para o atendimento às pessoas com HIV, como a sobrecarga de trabalho, a falta de privacidade para atendimento nos serviços e o estigma<sup>(13,19,23)</sup>. Os profissionais devem ser capacitados quanto ao diagnóstico precoce, aspectos clínicos, doenças associadas ao HIV, tratamento e necessidade de encaminhar os usuários aos serviços especializados<sup>(13)</sup>.

Verificou-se que o escore do atributo **Orientação Familiar** não apresentou valor satisfatório em nenhum dos serviços avaliados, apesar de elevados escores de Longitudinalidade. Entretanto, registra-se que o serviço especializado, o qual obteve maior escore em comparação com a APS, tende a valorizar o contexto de vida da criança e do adolescente e a inserção destes na família e na comunidade em decorrência da infecção<sup>(24)</sup>.

Os familiares/cuidadores também atribuíram baixos escores para o atributo **Orientação Comunitária** para ambos os serviços. Destaca-se que o serviço de APS deveria abordar as necessidades em saúde da comunidade, por meio do contato direto com a população e o conhecimento do perfil epidemiológico desta<sup>(10)</sup>. A dificuldade de promoção da saúde advém da limitação das políticas públicas de prevenção e controle da infecção pelo HIV as quais necessitam de planejamento e investimento. O serviço especializado atende a uma demanda crescente de indivíduos acometidos pela doença, entretanto, não foi planejado para desenvolver a orientação comunitária. É necessário que esta população também seja atendida na APS, de modo a equilibrar a demanda e viabilizar ações mais concretas no serviço especializado<sup>(25)</sup>. Para o cumprimento deste atributo nos serviços de APS existem as ações de visita domiciliar realizadas pelos profissionais e agentes comunitários de saúde, que possibilitam a vigilância à saúde, o fortalecimento dos vínculos, atividades educativas e identificar situações de risco<sup>(26)</sup>.

Ao analisar o **Escore Essencial**, evidenciou-se que ambos os serviços estão fornecendo atenção em consonância com os atributos da APS. Em relação ao valor do **Escore Derivado** ainda é necessário que os serviços de saúde aprimorem as ações que têm como foco a família e a comunidade. A análise conjunta dos atributos, **Escore Geral**, aponta que ambos os serviços estão aquém do valor referido como ideal, porém próximos. Este resultado converge com outros estudos que avaliaram a APS<sup>(27)</sup> e reforça a importância do papel dos serviços de saúde como potencializadores da qualidade de vida dessa população<sup>(28)</sup>. Destaca-se que não houve diferença estatística na avaliação de ambos os serviços, apontando que podem ser considerados pelos familiares/cuidadores com semelhanças. Ainda, nenhuma característica esteve associada ao alto escore tanto da APS quanto do serviço especializado,



evidenciando que as características da população não interferem na avaliação de ambos os serviços.

A análise dos resultados permite inferir que os familiares/cuidadores percebem aspectos positivos da assistência prestada no serviço especializado como fonte regular da atenção, principalmente, em função do maior contato com os profissionais deste serviço. Este resultado aponta que o serviço especializado está se dedicando para o atendimento a essa população. Por outro lado, os usuários deveriam confiar mais na APS e compreender a integração dos serviços como um contínuo de cuidado. Estudo indica que a assistência é, muitas vezes, desarticulada dos serviços de APS, seja por despreparo dos profissionais ou por organização do funcionamento dos serviços. É preciso considerar que, em alguns casos, os profissionais da APS desconhecem as ações realizadas pelo serviço especializado em HIV e, ainda, não identificam os usuários infectados de sua área de abrangência<sup>(13)</sup>. Desta forma, reforça-se a importância do papel da APS em acolher e aconselhar essa população no manejo de sua condição crônica, principalmente, no que se refere ao convívio social e familiar, rotina de cuidado de saúde e planejamento reprodutivo<sup>(6)</sup>.

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo revelou a importância da avaliação da atenção à saúde das crianças e adolescentes com HIV no âmbito dos serviços de saúde, visto que seus resultados apontaram como fonte regular de atenção o serviço especializado. Evidenciando a necessidade de reconhecer os serviços de APS como um espaço para a promoção da saúde. Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de melhoria de alguns atributos dos serviços de APS e do especializado, o que implica em reformulações de alguns aspectos de sua estrutura e desempenho para oferecerem a qualidade que se propõe.

Sugere-se que as crianças e os adolescentes com HIV sejam encaminhados aos especialistas, porém continuem frequentando os serviços de APS para sua condição crônica e para as demais demandas em saúde, implicando tanto na longitudinalidade quanto na coordenação da atenção. Os serviços deveriam determinar as atribuições para atender as demandas de saúde desta população e quando o encaminhamento é indicado. O serviço especializado desenvolve o cuidado específico à doença, abrangendo as demandas clínicas e terapêuticas, porém é papel da APS a coordenação da atenção e o acompanhamento do usuário na sua comunidade visando à promoção da sua saúde. Nesta perspectiva, é imperativa a integração entre os serviços, que pode ser estabelecida por meio de um fluxo de usuários no sistema de saúde.

Recomenda-se que a APS absorva as ações: desenvolver campanhas de informação necessárias para mudança de comportamentos visando à prevenção da infecção e da reinfecção; diagnosticar novos casos de infecção pelo HIV; referenciar ao serviço especializado de modo a manter o fluxo de acompanhamento permanente; realizar acompanhamento de puericultura e de modificações pubertárias das crianças e adolescentes com HIV; cumprir o calendário de imunizações; promover a saúde considerando o contexto familiar e social; auxiliar na adesão ao tratamento e na resolução de queixas inespecíficas ou comorbidades; realizar busca ativa dos usuários; ter sistema de informações compartilhado entre os serviços.

Para a integração dos serviços, tem-se como pré-requisito a formação dos profissionais da APS (por meio de cursos de curta duração, educação continuada), objetivando um modelo de cuidado colaborativo de modo a fornecer formação e apoio continuados. Além disso, a integração requer o fortalecimento da capacidade de comunicação entre os serviços, a definição e atribuição clara das ações de cada serviço, a colaboração com outros setores governamentais não relacionados com a saúde, o comprometimento por parte do governo em relação a uma política e legislação formais que legitimem as ações de integração dos serviços e cuidados à infecção e o empenho em longo prazo.

Ressalta-se, que neste estudo, os atributos foram avaliados por meio da experiência dos usuários (familiares/cuidadores), os quais tendem a apresentar uma visão mais crítica dos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de inclusão de outros atores sociais. Além disso, apresenta-se como limitação o tamanho da população do estudo, que por ter sido realizado com a população que estava vinculada ao serviço especializado acaba por excluir outras crianças e adolescentes com HIV que fazem acompanhamento em outros serviços, o que influenciou estaticamente na chance de associação para a comparação entre os serviços. É preciso destacar que os resultados são restritos a um único município, portanto a generalização dos dados deve ser feita com cautela. Todavia, a carência de estudos nacionais sobre o tema aponta para a relevância de avaliações similares que podem servir de subsídio para o aprimoramento das ações e políticas públicas por meio da sua discussão com os usuários, profissionais e gestores, servindo como uma ferramenta de orientação para implementações no sistema de saúde.

## **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Brasília: Ministério da

- Saúde, 2013.
2. Villarinho MV, Padilha MI, Berardinelli LMM, Borenstein MS, Meirelles BHS, Andrade SR. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 2013 mar/abr; 66(2): 271-7.
  3. Palácio MB, Figueiredo MAC, Souza LB. O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde. *Psico*, Porto Alegre, 2012 jul/set; 43(3):350-67.
  4. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2011;16(Supl. 1):1029-42.
  5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Caderno de boas práticas em HIV/AIDS na atenção básica. Brasília: 2014.
  6. Ferreira FC, Nichiata LYI. Mulheres vivendo com aids e os profissionais do Programa Saúde da Família: revelando o diagnóstico. *Rev esc enferm USP*, São Paulo, 2008 set;42(3):483-9.
  7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.
  8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.
  9. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. *Rev Latinoam Enferm*. 2013; 21(2): 554-61.
  10. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
  11. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública*. 2006 ago; 22(8):1649-59.
  12. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução Nº196, de 10 de outubro de 1996. 2. ed. Brasília, 2003. 64p.
  13. Silva LMS, Guimarães TA, Pereira MLD, Miranda KCL, Oliveira EN. 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*. 2005;14(2):97-104.

14. Souza CC, Mata LRF, Azevedo C, Gomes CRG, Cruz GECP, Toffano SEM. Interiorização do HIV/AIDS no Brasil: um estudo epidemiológico. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2013; 11(35):25-30.
15. Brennan AT, Long L, Maskew M, Sanne I, Jaffray I, MacPhail P, Fox MP. Outcomes of stable HIV-positive patients down-referred from a doctor-managed antiretroviral therapy clinic to a nurse-managed primary health clinic for monitoring and treatment. *AIDS*. 2011;25(16):2027-36.
16. Barbosa SM, Costa PNP, Vieira NFC. Comportamento dos pais em relação à comunicação com os filhos adolescentes sobre prevenção de HIV/AIDS. *Rev RENE*. Fortaleza, 2008 jan/mar;9(1):96-102.
17. Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Gonzales RIC, Netto AR, et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):825-31.
18. Rabetti AC, Freitas SFT. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(2):258-68.
19. Mugala N, Mutale W, Kalesha P, Sinyinza E. Barriers to implementation of the HIV guidelines in the IMCI algorithm among IMCI trained health workers in Zambia. *BMC Pediatrics*. 2010, 10(93);[7 pages].
20. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Pública*. 2011;29(2):84-95.
21. Oliveira IBN. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009;25(Sup 2):S259-68.
22. Guimarães MDC. Vulnerabilidade e HIV. *Rev Médica de Minas Gerais*. 2013;23(4):409-411.
23. Acioli S, Heringer A, Oliveira DC, Gomes AMT, Costa TL, Formozo GA. Produção científica sobre a prática do enfermeiro frente à AIDS na atenção básica de saúde. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2007;15(3):400-5.
24. Potrich T, Paula CC, Padoin SMM, Silva CB. Cuidado familiar na adesão à terapia antirretroviral em crianças com HIV/AIDS. *Cogitare Enferm*. 2013 abr/jun;18(2):379-86.
25. Lima ICV, Galvão MTG, Paiva SS, Brito DMS. Ações de promoção da saúde em serviço de assistência ambulatorial especializada em HIV/AIDS. *Ciênc Cuid Saude*. 2011 jul/set; 10(3):556-63.

26. Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciênc Cuid Saúde*, 2008;7(2):241-7.
27. 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 jul/set;11(3):323-34.
28. Meirelles BHS, Silva DMGV, Vieira FMA, Souza SS, Coelho IZ, Batista R. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. *Rev Rene*, Fortaleza, 2010;11(3):68-76.

## DISCUSSÃO

A atenção à saúde das crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS é uma problemática que envolve políticas públicas para a promoção da saúde que devem considerar o contexto social e cultural dessa população (SILVA, 2011). Destaca-se que os serviços de saúde são fundamentais à manutenção integral da saúde e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014). Quando somado à infecção pelo HIV, demanda cuidados específicos de saúde que envolvem um acompanhamento permanente em serviços de saúde.

Com a revisão integrativa acerca dos cuidados desenvolvidos às pessoas vivendo com HIV/AIDS na APS evidenciou-se que estes ainda são escassos se comparados com as necessidades que poderiam ser atendidas. Isso se deve, principalmente, pelo fato de os serviços de atendimento a essa população estarem concentrados em serviços especializados (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012). Dentre os cuidados evidenciados, destaca-se que a educação em saúde é uma das principais ações da APS para a promoção da saúde. Esta é de suma importância tanto na prevenção e reabilitação de doenças quanto para incentivar a cidadania, a responsabilidade social e a educação em saúde (FEIJÃO; GALVÃO, 2007).

Quanto às características das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS, o perfil sociodemográfico apontou a prevalência da faixa etária de 13 a 19 anos, da procedência de outros municípios, do cuidador principal ser a mãe, do cuidador ter abaixo de 6 anos de estudo e renda abaixo de 1000 reais. Este perfil culmina em dificuldades socioeconômicas que afetam as crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS e suas famílias, indicando a importância de que estas sejam identificadas e valorizadas pelos profissionais de saúde, em uma perspectiva de atenção integral e interdisciplinar (SEIDL et al., 2005).

No que se refere ao perfil clínico, predominou a transmissão vertical, o tempo de estabelecimento do diagnóstico abaixo de 8,5 anos e a criança/adolescente fazer tratamento. Este perfil indica a necessidade de seguimento clínico e laboratorial permanente e de adesão ao tratamento (RIBEIRO et al., 2010).

O perfil de utilização dos serviços apontou que a maioria reconhece o serviço mais próximo, o qual é, majoritariamente, um serviço de APS. Porém, não faz uso deste serviço para o acompanhamento de saúde da criança ou adolescente vivendo com HIV/AIDS. Este resultado corrobora com outro estudo em que se observou um menor percentual de crianças

com condições crônicas de saúde entre aquelas assistidas regularmente na APS (LEÃO et al., 2011).

Destaca-se que não houve associação do alto escore geral com as características sociodemográficas, clínicas e de utilização dos serviços das crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus familiares/cuidadores. Outro estudo verificou uma associação positiva entre melhores indicadores sociais e maiores escores atribuídos ao serviço de afiliação (IBAÑEZ et al., 2006).

Dentre os participantes do estudo, a maioria apontou o serviço especializado como a fonte regular de atenção à saúde das crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS. Nesse sentido, há a necessidade de que essa população tenha acesso as ações de saúde disponíveis, que envolvem os aspectos biopsicossociais nas situações que compõem o processo saúde-doença. Entretanto, a escolha do local para o cuidado em saúde se dá de acordo com as facilidades de acesso, e não fundamentalmente a distância entre o serviço e seu domicílio, bem como a crença na autonomia de escolha (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012).

Em relação aos escores de cada atributo entre os serviços identificados como fonte regular de atenção pelos familiares/cuidadores, destaca-se que a maioria dos atributos avaliados obtiveram altos escores. Este resultado se opõe aos achados de outro estudo que utilizou o mesmo instrumento para avaliar a atenção à saúde de crianças em geral, que obteve baixos escores para a maioria dos atributos avaliados (LEÃO et al., 2011).

Na comparação da qualidade da atenção à saúde das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS entre os tipos de serviços, não houve diferenças significativas na qualidade de ambos, visto que seus escores foram próximo ao ideal. Entretanto, ratifica a necessidade de aperfeiçoar os seus atributos por meio de alterações em seus aspectos de estrutura e desempenho. Destaca-se que para a qualidade da atenção em saúde é fundamental a compreensão da dinâmica do processo saúde-doença e de seus determinantes, bem como a participação do usuário e as ações de promoção e prevenção. O modelo organizacional para o atendimento dos problemas de saúde da população mais adequado deve ser aquele promotor de equidade e da integralidade da atenção, suprimindo as necessidades do usuário. Um serviço de saúde deve estar organizado de acordo com as condições de saúde da população do seu território, sendo necessário planejamento de suas ações e utilização de instrumentos confiáveis (RABELLO et al., 2013).

Dessa forma, quando o usuário acredita que apenas um serviço é capaz de suprir suas necessidades de atenção à saúde, dificulta a integração do cuidado e a apreensão da existência de uma rede de serviços que poderia, também, ser utilizada como recurso (PALÁCIO;

FIGUEIREDO; SOUZA, 2012). É evidente o reconhecimento da necessidade de atenção dos diversos serviços de saúde, principalmente na APS, para a estabelecimento de diagnósticos precoces e de estratégias para uma atenção de qualidade (FERREIRA; SILVA, 2012).

Em outro ponto da rede, nos serviços especializados, as experiências de resolução de demandas ilustram o motivo de o sistema de atendimento as pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil ser um exemplo mundial (FERREIRA; SILVA, 2012). Apesar disso, este sozinho não é suficiente para uma atenção à saúde de qualidade, visto a carência de recursos e de infraestrutura adequada (FERREIRA; NICHIATA, 2008).



## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo apontaram que, na experiência dos familiares/cuidadores, a qualidade da atenção à saúde das crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS ainda está aquém do ideal. Além disso, nenhuma variável sociodemográfica, clínica e de utilização do serviço esteve associada ao alto Escore Geral. Apontou-se como fonte regular de atenção, majoritariamente, o serviço especializado. Entretanto, a avaliação da qualidade não apresentou diferenças significativas entre o serviço de APS e o especializado, já que ambos obtiveram Escore Geral próximo ao ideal. Ressalta-se a necessidade de integração entre ambos os serviços visando à qualificação da atenção à saúde e de aprimoramento de seus atributos, o que implica em reformulações nos aspectos de estrutura e de desempenho.

A avaliação da qualidade da atenção à saúde pode trazer benefícios à saúde dessa população, como a redução de sua morbidade e mortalidade. As fragilidades da atenção evidenciadas apontam a necessidade de investimento em ações de promoção da saúde resolutivas e equitativas. Na especificidade do HIV/AIDS, faz-se necessário a elaboração de um fluxo do usuário entre os serviços do sistema de saúde com a finalidade de integrar e qualificar a atenção de forma contínua.

Diante das fragilidades dos serviços especializados, faz-se necessário um melhor gerenciamento visando aperfeiçoar a qualidade da atenção à saúde às pessoas vivendo com HIV/AIDS, repercutindo na redução da morbidade e da mortalidade. É preciso a integração por meio de uma rede de serviços para auxiliar no desenvolvimento da atenção à saúde.

Entre as estratégias para o processo de integração entre os serviços e a implementação da RAS no contexto do HIV, considera-se fundamental a garantia de que sejam criados mecanismos potentes de coordenação que envolva: o fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção; a ampliação das políticas de modo a encorajar e dar forma a melhorias na APS com base na identificação das necessidades da população com HIV, com a mobilização de fundos além de um marco jurídico-político favorável que reduza o estigma; a valorização dos profissionais de saúde proporcionando a formação dos profissionais de APS sobre questões de infecção pelo HIV; o incentivo à organização da porta de entrada, incluindo acolhimento e humanização do atendimento; a constituição de atribuições claras das ações a serem desenvolvidas em cada serviço; o investimento de recursos financeiros e humanos para estabelecer e manter o serviço, cobrir custos de formação e de contratação.

As decisões sobre áreas de responsabilidade específicas devem ser tomadas após uma consulta às diferentes partes interessadas e uma avaliação dos recursos humanos e financeiros disponíveis. A integração entre o serviço de APS e o serviço especializado em HIV é um objetivo alcançável, e, como já foi demonstrado por outros sistemas de saúde, podem atingir-se melhorias neste contexto.

Destaca-se que a integração dos serviços é um processo, que se constitui ao longo do tempo e envolve dedicação. Há a necessidade de reuniões com as partes interessadas, distribuição de orçamentos e financiamentos de recursos, além de superar possíveis obstáculos. Do mesmo modo, ressalta-se a importância de implantar um sistema de monitoramento, de acompanhamento e de avaliação dos serviços, com indicadores definidos, em termos orçamentários, de resultados e de impacto, que permita um monitoramento da integração dos serviços de APS e os serviços especializados. Assim, é possível ter dados para confrontar essa avaliação com a evolução da epidemia e da resposta que está sendo dada pelos serviços.

Nesta perspectiva, este estudo contribui para o ensino, pesquisa e assistência à saúde. No ensino, tem-se a possibilidade de ampliar as discussões acerca da atenção à saúde dessa população de modo a aliar a teoria e a prática. Dessa forma, na medida em que se avaliam os serviços de saúde e as fragilidades são reconhecidas visa-se a qualificação da atenção e a readequação da formação dos profissionais de saúde que poderão estar atuando nestes serviços futuramente. Além disso, destaca-se que o serviço especializado para atenção as pessoas vivendo com HIV/AIDS no município de Santa Maria/RS faz parte do hospital-escola pertencente à instituição de ensino que também tem como responsabilidade o aperfeiçoamento do serviço e a discussão da possibilidade de reestruturação do fluxo dos usuários.

Na pesquisa, ressalta-se o ineditismo da aplicação deste instrumento com foco nas crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS, na experiência dos familiares/cuidadores. Os resultados contribuíram para o aprofundamento de conhecimentos de modo a reafirmar a importância da discussão da problemática do fluxo de atenção a essa população. Além disso, evidencia-se a necessidade de inclusão de outros atores sociais e outros cenários que estejam envolvidos na prestação da atenção à saúde dessa população visando ampliar o diagnóstico situacional e propor uma estratégia de qualificação e integração dos serviços. Ressalta-se a contribuição para o grupo de pesquisa que remete ao aprofundamento dos conhecimentos investigativos na temática e à formação/qualificação de profissionais para a transformação da situação diagnosticada. Ainda, a contemplação em editais de financiamento de recursos

possibilitou a execução do projeto matricial e a divulgação dos resultados como produção científica nacionalmente e internacionalmente.

Na assistência, ao apontar as fragilidades da atenção oferecida pelos serviços de saúde pretende-se incentivar a qualificação da estrutura e desempenho dos atributos avaliados. No que se refere à Integralidade “serviços prestados” remete-se as dificuldades de desempenho para a execução das ações de promoção da saúde as quais necessitam de investimento pelos serviços de saúde, tanto para que os profissionais façam uso da estrutura do serviço quanto para a aquisição de recursos materiais que promovam estas ações.

Quanto ao Escore Derivado, que engloba os atributos Orientação Familiar e Orientação Comunitária, os serviços ainda necessitam aprimorar ações voltadas à família e a comunidade de usuários, principalmente na temática do HIV/AIDS, a qual é matizada pelo estigma e necessita de ações sociais visando à prevenção, à conscientização e à desmistificação de alguns conceitos que ainda permeiam esta epidemia. Destaca-se que os serviços de APS, por estarem mais próximos dos usuários podem realizar ações de educação em saúde nas comunidades, além de visitas domiciliares e, possivelmente, a busca ativa de pessoas expostas ou infectadas pelo HIV.

## 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.

BERMAN, P. Organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v.78, n.6, p. 791-802, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Aconselhamento em DST HIV/aids para atenção básica**. Brasília: MS; 2003a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**. Resolução Nº196, de 10 de outubro de 1996. 2. ed. Brasília, 2003b. 64p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **QUALIAIDS - Avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 100 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 68p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010a. 80 p.

\_\_\_\_\_. 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: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único**

**de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/\\_p\\_boletim\\_2013\\_internet\\_pdf\\_p\\_\\_51315.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf). Acesso em: 08 janeiro 2014.

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.

COSTA, A.C.P.J. et al. Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz –Maranhão. **Rev Gaúcha Enferm.**v.34, n.3, p.179-186, 2013.

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

FEIJÃO, A.R.; GALVÃO, M.T.G. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.8, n.2, p.41-9, mai/ago 2007.

FERREIRA, F.C.; NICHATA, L.Y.I. Mulheres vivendo com aids e os profissionais do Programa Saúde da Família: revelando o diagnóstico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 483-489, Sept. 2008.

FERREIRA, D.C.; SILVA, G.A. Caminhos do cuidado – itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p. 3087-98, 2012.

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

GIOVANELLA, L.A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**. v.22, n.5, p. 951-963, 2006.

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.

IBGE, **Censo Demográfico 2010**. Rio Grande do Sul, Santa Maria, censo demográfico 2010: resultados da amostra - características da população. Link: <http://cod.ibge.gov.br/D15>

IBAÑEZ, N., et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc Saúde Coletiva**. n. 11, v.3, p.683-703, 2006.

KUSCHNIR, R.C.; CHORNY, A.H.; LIRA, A.M.L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010. 180p.

MARQUES, J.F.; QUEIROZ, M.V.O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev Gaúcha Enferm**. n. 33, v. 3, p. 65-72, 2012.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.

MESQUITA FILHO, M.; LUZ, B.S.R.; ARAUJO, C.S. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 19, v. 7, p. 2033-2046, 2014.

MUGALA, N. et al. Barriers to implementation of the HIV guidelines in the IMCI algorithm among IMCI trained health workers in Zambia. **BMC Pediatrics** 2010, 10(93);[7 pages].

MOTTA, M.G.C., et al. Criança com HIV/AIDS: percepção do tratamento antirretroviral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.33, n.4, p.48-55, 2012.

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

PAULA, C.C.; CABRAL, I.E.; SOUZA, Í.E.O. O cotidiano do ser-adolescente com aids: movimento ou momento existencial ? **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.632-639, 2009.

PAULA, C.C. et al. Morbimortalidade de Adolescentes com HIV/Aids em Serviço de Referência no Sul do Brasil. **DST - J bras Doenças Sex Transm.** n. 24, v. 1, p. 44-48, 2012a.

PAULA, C.C. et al. Cotidiano medicamentoso de adolescentes com HIV/AIDS. **Rev. Eletr. Enf.**, v.15, n.4, p. 1016-1025, 2013a.

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

POTRICH, T. et al. Cuidado familiar na adesão à terapia antirretroviral em crianças com HIV/AIDS. **Cogitare Enferm.** v. 18, n. 2, p. 379-386, Abr/Jun 2013.

RABELLO, C.Z.; et al. Uma reflexão sobre a atenção básica no sistema único de saúde. **Salusvita**, Bauru, v. 32, n. 2, p. 199-204, 2013.

RIBEIRO, A.C. et al. Perfil clínico de adolescentes que têm AIDS. **Cogitare Enferm.** v.15, n.2, p. 256-262, Abr/Jun 2010.

SCHAURICH, D.; COELHO, D.; MOTTA, M.G.C. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os antirretrovirais. **Revista Enfermagem UERJ.** v. 14, n. 3, p. 455-462, 2006.

SEIDL, E.M.F. et al. Crianças e Adolescentes Vivendo com HIV/Aids e suas Famílias: Aspectos Psicossociais e Enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** v. 21 n. 3, p. 279-288, Set-Dez 2005.

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.** v. 14, n. 2, p. 97-104, 2005.

SILVA, S.F.R. et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **R. Brasileira de Análises Clínicas.**, Rio de Janeiro, v.42, n.3, p.209-212, 2010.

SILVA, R.A.R. Situação atual de crianças e adolescentes portadores de HIV no Brasil. **FIEP Bulletin.** v. 81, n. Special Edition Article II, 2011.

SILVA, C.B.; PAULA, C.C.; PADOIN, S.M.M.; PIOVESAN, G.; ANTUNES, B.S.; KINALSKI, D. **Tendência da produção científica da enfermagem brasileira referente ao HIV/AIDS na atenção primária à saúde.** In: II Seminário Internacional: Tecendo redes na Enfermagem e na Saúde e IX Semana de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria: 2013. p. 117-125.

STARFIELD, B. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, United States, v.105, n.4, p.998-1003, 2000.

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

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.



## **APÊNDICE**

**APÊNDICE A - Termo de autorização da pesquisadora responsável para o uso de banco de dados de projeto de pesquisa**



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

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE BANCO DE DADOS DE PROJETO DE PESQUISA**

Eu, **Cristiane Cardoso de Paula**, professora doutora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), pesquisadora responsável pelo projeto matricial intitulado “**Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS**”, declaro para os devidos fins, que autorizo a utilização do banco de dados do referido projeto pela Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM, **Enfª Clarissa Bohrer da Silva**, para ser utilizado no desenvolvimento de sua dissertação de Mestrado intitulada “**AVALIAÇÃO DOS FAMILIARES/CUIDADORES ACERCA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV/AIDS**” sendo desenvolvida sob minha orientação. A referida dissertação terá o objetivo de avaliar a presença e a extensão dos atributos da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS, segundo o instrumento PCATool-Brasil versão Criança. Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos requisitos da Resolução 466/12 item III. 2-i e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo.

Santa Maria, 15 de dezembro de 2013.

*Cristiane C. de Paula*

---

Profa Dra Cristiane Cardoso de Paula  
Coordenadora do projeto

## **ANEXOS**

**ANEXO A – Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa**

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



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

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

**Pesquisador:** CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 12223312.3.0000.5346

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

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 183.572

**Data da Relatoria:** 08/01/2013

**Apresentação do Projeto:**

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

**Objetivo da Pesquisa:**

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

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

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

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Esta bem fundamentada e delineada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Estão adequados.

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

**Bairro:** Cidade Universitária - Camobi

**CEP:** 97.105-900

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

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



**Recomendações:**

Nenhuma.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SANTA MARIA, 08 de Janeiro de 2013

---

**Assinador por:**

**Félix Alexandre Antunes Soares  
(Coordenador)**

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

**Bairro:** Cidade Universitária - Camobi

**CEP:** 97.105-900

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

**ANEXO B - Questionário de caracterização das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS**

**Questionário de caracterização das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS**

Nº da entrevista: _____		QCNE _ _
Data da entrevista: ___/___/___		QCDE _ / _ / _ _ _ _
Entrevistador: _____		QCEnt _ _
Nº do prontuário da criança/adolescente: _____		QCPront _ _ _ _ _ _
Nome da criança/adolescente: _____		
QC1	Qual a data de nascimento?	Data de nascimento: ___/___/___ (dia) (mês) (ano)
QC1		QC1 _ _ / _ _ / _ _ _ _
QC2	Qual o sexo da criança/adolescente?	1. <input type="checkbox"/> masculino 2. <input type="checkbox"/> feminino
QC2		QC2 _
QC3	Cidade em que mora?	<input type="checkbox"/> Santa Maria <input type="checkbox"/> _____
QC3		QC3 _ _
QC4	Quantos anos de estudo completos com aprovação a criança/adolescente tem?	_____ anos
QC4		QC4 _ _
QC5	Quanto tempo faz da descoberta do diagnóstico da criança/adolescente?	_____ meses _____ anos
QC5		QC5 _ _ _ _ (meses)
QC6	A criança/adolescente sabe de sua infecção pelo HIV? Há quanto tempo?	0. <input type="checkbox"/> Não sabe 1. <input type="checkbox"/> Sabe _____ meses ou _____ anos
QC6		QC6a _ QC6b _ _ _ _ (meses)
QC7	Como a criança/adolescente adquiriu o HIV?	1. <input type="checkbox"/> transmissão materna 2. <input type="checkbox"/> transfusão sanguínea 3. <input type="checkbox"/> drogas injetáveis 4. <input type="checkbox"/> transmissão sexual 5. <input type="checkbox"/> desconhecida
QC7		QC7 _
QC8	A criança/adolescente faz tratamento para o HIV?	0. <input type="checkbox"/> não ( <b>pular para A10</b> ) 1. <input type="checkbox"/> sim
QC8		QC8 _
QC9	Quantos esquemas a criança/adolescente já fez uso?	1. <input type="checkbox"/> um 2. <input type="checkbox"/> mais de um
QC9		QC9 _
QC10	A criança/adolescente já precisou ficar internada?	0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim _____ vezes
QC10		QC10 _ QC10a _ _
QC11	A criança/adolescente tem algum outro problema de saúde?	0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim a) Qual? _____
QC11		QC11 _ QC11 a _ _
QC12	A criança/adolescente tem algum problema de desenvolvimento?	0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim a) Qual? _____
QC12		QC12 _ QC12a _
QC13	A criança/adolescente tem acesso à plano de saúde privado?	0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim
QC13		QC13 _
QC14	Faz uso do plano de saúde privado?	0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim
QC14		QC14 _

**ANEXO C – Questionário de caracterização dos familiares ou cuidadores das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS**

Nº da entrevista: _____		QPNE __
Data da entrevista: ___/___/___		QPDE __/__/___
Entrevistador: _____		QPEnt __
Nº do prontuário da criança/ adolescente: _____		QPPront _____
Nome da criança/adolescente: _____		
QP1	Qual a sua data de nascimento?	Data de nascimento: ___/___/___ (dia) (mês) (ano)
QP1		QP1 __/__/___
QP2	Qual o seu sexo?	1. <input type="checkbox"/> masculino 2. <input type="checkbox"/> feminino
QP2		QP2 _
QP3	Quantos anos de estudo completos com aprovação você tem?	_____ anos
QP3		QP3 __
QP4	Em que cidade você mora?	Cidade: _____
QP4		QP4 __
QP5	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)
QP5		QP5 _
QP6	Quantos filhos você tem?	Número de filho(s): _____
QP6		QP6 __
QP7	Qual a renda mensal da família?	_____
QP7		QP7 _____
QP8	Quantas pessoas, incluindo você, dependem desta renda?	_____
QP8		QP8 __
QP9	Você está empregado no momento?	0. <input type="checkbox"/> não ( <b>pular para A11</b> ) 1. <input type="checkbox"/> sim, com carteira de trabalho assinada 2. <input type="checkbox"/> sim, sem carteira de trabalho assinada
QP9		QP9 _
QP10	Se sim, qual sua ocupação?	_____
QP10		QP10 __
QP11	Você ingere bebidas alcoólicas?	0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim
QP11		QP11 _
QP12	Você utiliza algum outro tipo de droga?	0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim
QP12		QP12 _
QP13	Qual a sua situação sorológica para o HIV?	0. <input type="checkbox"/> soronegativo ( <b>pular para A19</b> ) 1. <input type="checkbox"/> soropositivo para o HIV
QP13		QP13 _
QP14	Há quanto tempo você tem este diagnóstico?	_____ meses ou _____ anos
QP14		QP4 ___ (meses)
QP15	Como você adquiriu o HIV?	1. <input type="checkbox"/> transmissão materna 2. <input type="checkbox"/> transfusão sanguínea 3. <input type="checkbox"/> drogas injetáveis 4. <input type="checkbox"/> transmissão sexual 5. <input type="checkbox"/> desconhecida
QP15		QP15 _
QP16	Você vai às consultas para acompanhamento de sua saúde?	0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim
QP16		QP16 _
QP17	Manter o acompanhamento de sua saúde é:	1. <input type="checkbox"/> difícil 2. <input type="checkbox"/> mais ou menos 3. <input type="checkbox"/> fácil
QP17		QP17 _

QP18	Você faz tratamento para o HIV?	0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim	QP18 _
QP19	Existe na sua família algum outro problema de saúde?	0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim a) Qual? _____	QP19 _ QP19a _
QP20	Comparando você com pessoas do mesmo sexo e idade, como você considera sua saúde?	1. <input type="checkbox"/> muito boa 2. <input type="checkbox"/> boa 3. <input type="checkbox"/> regular 4. <input type="checkbox"/> ruim 5. <input type="checkbox"/> muito ruim	QP20 _
QP21	Qual a sua relação de parentesco com a/o _____ (nome da criança)?	_____	QP21 _ _
QP22	Alguma outra criança sob seus cuidados, além da/o _____ (nome da criança) também é soropositiva para o HIV?	0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim _____ _____ nome da(s) criança(s)	QP22 _
QP23	Manter o acompanhamento da saúde da/o _____ (nome da criança) é:	1. <input type="checkbox"/> difícil 2. <input type="checkbox"/> mais ou menos 3. <input type="checkbox"/> fácil	QP23 _
QP24	Você sabe qual o serviço de saúde (UBS, ESF, posto de saúde) mais próximo de sua residência?	0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim a) Qual? _____	QP24 _ QP24a _
QP25	Você leva a/o _____ (nome da criança) nesse serviço?	0. <input type="checkbox"/> não ( <b>pular para A27</b> ) 1. <input type="checkbox"/> sim	QP25 _
QP26	Se sim, em que situações?	1. <input type="checkbox"/> consulta 2. <input type="checkbox"/> imunizações 3. <input type="checkbox"/> exames 4. <input type="checkbox"/> outro _____	QP26 _
QP27	Se não, por quê?	_____ _____ _____	QP27 _ _



**ANEXO D – Instrumento PCATool-Brasil – Versão Criança**  
(Brasil, 2010a)

A – GRAU DE AFILIAÇÃO	Código
<p>A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente leva o/a _____ (nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando precisa algum conselho sobre a saúde dele(a)?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim ( Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	<p>A1 _</p> <p>A1a _ _</p>
<p>A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor o/a _____ (nome da criança) como pessoa? (<b>Não leia as alternativas</b>)</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim, mesmo médico/ enfermeiro/ serviço de saúde que acima</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim, médico/ enfermeiro/ serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	<p>A2 _</p> <p>A2a _ _</p>
<p>A3 – Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável pelo atendimento de saúde do(a) _____ (nome da criança)? (<b>Não leia as alternativas</b>)</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim, mesmo que A1 e A2</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim, mesmo que A1 somente</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Sim, mesmo que A2 somente</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Sim, diferente de A1 e A2 (Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	<p>A3 _</p> <p>A3a _ _</p>
<p><b>Para o entrevistador: Identificação do serviço de saúde ou médico/enfermeiro a ser avaliado</b></p> <p>O entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se o entrevistado indicou o <u>mesmo</u> serviço de saúde nas <u>três perguntas</u>, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item 5).</li> <li>- Se o entrevistado respondeu <u>duas perguntas iguais</u>, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item 5).</li> <li>- Se todas as respostas forem <u>diferentes</u>, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na <u>pergunta A1</u> (Preencha o item 5).</li> <li>- Se o entrevistado respondeu NÃO a <u>duas perguntas</u>, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM (Preencha o item 5).</li> <li>- Se o entrevistado responder NÃO à <u>pergunta A1</u> e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na resposta A3 (Preencha o item 5).</li> <li>- Se o entrevistado respondeu NÃO a <u>todas as três perguntas</u>, por favor, pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).</li> </ul>	
<p><b>A4</b> – Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____</p>	<p>A4 _ _</p>
<p>Esclareça ao entrevistado que a partir de agora todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):</p>	
<p><b>A5</b> – Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde: _____</p>	<p>A5 _ _</p>

<b>B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO</b>						<b>Código</b>
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	
B1 – Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina), você vai ao seu “nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	B1 _
B2 – Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	B2 _
B3 – Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o seu “nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro” tem que encaminhá-la obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	B3 _
<b>C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE</b>						<b>Código</b>
Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro	
C1 – Quando o “nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro” está aberto e sua criança fica doente, alguém deste 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"/>	C1 _
C2 – Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no(a) “nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	C2 _
C3 – É fácil marcar hora para uma consulta de <u>revisão da criança</u> (consulta de rotina) no(a) “nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	C3 _
C4 – Quando você chega no(a) “nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	C4 _
C5 – É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no(a) “nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro” quando você pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	C5 _

C6 – Quando o “ <i>nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro</i> ” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	C6 _
<b>D – LONGITUDINALIDADE</b>						
Por favor, indique a melhor opção:	<b>Com certeza, sim</b>	<b>Provavelmente, sim</b>	<b>Provavelmente, não</b>	<b>Com certeza, não</b>	<b>Não sei/não lembro</b>	<b>Código</b>
D1 – Quando você vai ao “ <i>nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro</i> ”, é o mesmo médico/enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	D1 _
D2 – Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o “ <i>médico/enfermeiro</i> ” que melhor conhece sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	D2 _
D3 – Você acha que o “ <i>médico/enfermeiro</i> ” da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	D3 _
D4 – O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	D4 _
D5 – O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	D5 _
D6 – Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados à sua criança ao “ <i>médico/enfermeiro</i> ”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	D6 _
D7 – O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece sua criança mais como pessoa 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"/>	D7 _
D8 – O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	D8 _
D9 – O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe todos os medicamentos que sua criança está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	D9 _
D10 – O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário para sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	D10 _

D11 – Você mudaria do “ <i>nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro</i> ” para outro serviço se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	D11 _
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-------

### E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro	Código
E2 – O “ <i>nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro</i> ” sugeriu/indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	E2 _
E3 – O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	E3 _
E4 – O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” da sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	E4 _
E5 – Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	E5 _
E6 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	E6 _

<b>F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES</b>						<b>Código</b>
Por favor, indique a melhor opção:	<b>Com certeza, sim</b>	<b>Provavelmente, sim</b>	<b>Provavelmente, não</b>	<b>Com certeza, não</b>	<b>Não sei/ não lembro</b>	
F1 – Quando você leva sua criança no “nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado? (exemplificar: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	F1 _
F2 – Quando você leva sua criança no “nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro”, o prontuário dela está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	F2 _
F3 – Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no “nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	F3 _
<b>G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS</b>						<b>Código</b>
A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família podem necessitar em algum momento. <b>Está disponível no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”...</b> (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)						
Por favor, indique a melhor opção:	<b>Com certeza, sim</b>	<b>Provavelmente, sim</b>	<b>Provavelmente, não</b>	<b>Com certeza, não</b>	<b>Não sei/ não lembro</b>	
G1 – Vacinas (imunizações).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	G1 _
G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	G2 _
G3 – 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"/>	G3 _
G4 – Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	G4 _
G5 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas(ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	G5 _
G6 – 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"/>	G6 _
G7 – Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	G7 _
G8 – 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"/>	G8 _

G9 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	G9 _
<b>H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS</b>						
Vou lhe falar sobre vários assuntos importantes para a saúde da sua criança. <b>Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos sobre sua criança já foram ou são discutidos (conversados) com você?</b> (repetir essa frase a cada 3-4 itens)						
Por favor, indique a melhor opção:	<b>Com certeza, sim</b>	<b>Provavelmente, sim</b>	<b>Provavelmente, não</b>	<b>Com certeza, não</b>	<b>Não sei/não lembro</b>	<b>Código</b>
H1 – Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	H1 _
H2 – Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	H2 _
H3 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando a criança vai caminhar, controlar o xixi ...	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	H3 _
H4 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	H4 _
H5 – Maneiras para manter sua criança segura, como: evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	H5 _
<b>I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR</b>						
Por favor, indique a melhor opção:	<b>Com certeza, sim</b>	<b>Provavelmente, sim</b>	<b>Provavelmente, não</b>	<b>Com certeza, não</b>	<b>Não sei/não lembro</b>	<b>Código</b>
I1 – Você acha que o (a) “médico/enfermeiro” conhece a sua família bastante bem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	I1 _
I2 – O/a “médico/enfermeiro” sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	I2 _
I3 – O/a “médico/enfermeiro” sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	I3 _
I4 – O “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	I4 _
I5 – O seu/ sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	I5 _

I6 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	I6 _
<b>J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA</b>						
Por favor, indique a melhor opção:	<b>Com certeza, sim</b>	<b>Provavelmente, sim</b>	<b>Provavelmente, não</b>	<b>Com certeza, não</b>	<b>Não sei/não lembro</b>	<b>Código</b>
J1 – Alguém do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	J1 _
J2 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	J2 _
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?						
J3 – 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"/>	J3 _
J4 – Convida membros da família a participar do 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"/>	J4 _

**ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os familiares/cuidadores das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS\***

Nº do instrumento: \_\_\_\_\_

**Título da pesquisa:** AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES COM HIV/AIDS.

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

**Pesquisador(es) responsável(is):** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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:** Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/RS)

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 seu atendimento no local de consulta e você poderá, a qualquer momento, desistir da pesquisa.

**Procedimentos:** Sua participação compreenderá responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde, que irá compor um banco de dados de pesquisa. A entrevista será feita no serviço de saúde e contamos com cerca de 40 minutos da sua atenção.

**Benefícios:** Esta pesquisa ampliará com o conhecimento no tema saúde da criança/adolescente 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 não implica em nenhum risco para sua saúde ou da criança/adolescente, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento.

**Sigilo:** O pesquisador responsável garante que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Eu \_\_\_\_\_ (familiar ou cuidador), fui informado dos objetivos da pesquisa de maneira clara e 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 quando 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, a cobrar, para o pesquisador responsável.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Assinatura do familiar ou cuidador

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

\_\_\_\_\_ Telefone: (55) 32208938 ou (55) 99993282  
Assinatura do pesquisador responsável

\* Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: [www.ufsm.br/cep](http://www.ufsm.br/cep)