

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
ORIANA DEYZE CORREIA PAIVA LEADEBAL

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS:
DESAFIOS NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL
ESPECIALIZADA**

JOÃO PESSOA – PB
2015

ORIANA DEYZE CORREIA PAIVA LEADEBAL

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS:
DESAFIOS NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL
ESPECIALIZADA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso

Projeto de pesquisa vinculado: Vulnerabilidade Programática para o HIV/Aids: Avaliação da Oferta e da Integração das Ações e dos Serviços de Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Jordana de Almeida Nogueira

ORIANA DEYZE CORREIA PAIVA LEADEBAL

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS:
DESAFIOS NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL
ESPECIALIZADA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em ____ de _____ de 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Jordana de Almeida Nogueira - Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

Prof.^a Dr.^a Aline Aparecida Monroe - Examinadora
(Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP)

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento- Examinador
(Universidade Federal da Paraíba- Departamento de Estatística/UFPB)

Prof.^a Dr.^a Valéria Peixoto Bezerra- Examinadora
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

Prof.^a Dr.^a Anne Jaquelyne Roque Barrêto
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

Dedico esta tese às pessoas mais importantes e que mais amo nesta vida...

... Meus filhos, Raphael Ângelo Correia Paiva Leadebal e Mariah Correia Paiva Leadebal, minhas maiores riquezas e fonte de inspiração na busca diária por crescimento profissional;

... Meu esposo, José Wellington Leadebal Bonifácio, amigo e companheiro fiel de todos os momentos;

... Meus amados pais, Maria de Lourdes Correia Paiva e Laerson Paiva de Brito, cujo amor e dedicação me encorajaram a enveredar por caminhos sempre mais promissores.

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte de força, equilíbrio e luz, elementos essenciais ao alcance de mais uma conquista, a formação como pesquisadora;

À minha orientadora, prof^a Dr^a. Jordana de Almeida Nogueira, por ensinar-me o verdadeiro sentido do trabalho em equipe e da relevância da produção de conhecimento científico instrumentalizado pela transdisciplinaridade; pela oportunidade e confiança no meu potencial para a “exploração de mundos no universo do conhecimento” que instigaram a construção de conhecimentos e competências fundamentais à ampliação dos horizontes da minha formação como enfermeira, docente e agora pesquisadora; e ainda pela simplicidade e generosidade durante as orientações;

À Prof^a Dr^a Aline Aparecida Monroe, pela disponibilidade e orientações desde a elaboração da proposta de pesquisa; pela riqueza das contribuições durante o exame de qualificação e produção dos artigos; pela gentileza e generosidade do compartilhamento do conhecimento e experiência na área do objeto de estudo;

Ao Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento, por ter iluminado com seu conhecimento, experiência e sabedoria a condução analítica da tese; por ter dedicado seu precioso tempo à análise dos dados, e ter me orientado pelos caminhos desconhecidos da estatística, com o cuidado, paciência e dedicação de um verdadeiro co-orientador;

Às professoras Dr^a Valéria Peixoto Bezerra e Dr.^a Anne Jaquelyne Roque Barrêto, membros da banca examinadora, pelas importantes contribuições no exame de qualificação e versão final da tese;

À direção do Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga (CHCF), à coordenação do Ambulatório e aos profissionais do SAE, pela autorização e colaboração com o desenvolvimento da pesquisa, em especial ao Sr. Israel pela solicitude e auxílio fundamental durante a coleta de dados;

Aos usuários do ambulatório do CHCF que se disponibilizaram a contribuir com a viabilização da pesquisa;

Aos profissionais da Gerência Operacional das DST/AIDS/Hepatites Virais da Paraíba, e em especial à Dr^a. Ivoneide Lucena Pereira, pela disponibilidade e atendimento as solicitação de informações importantes ao desenvolvimento da pesquisa;

Aos queridos orientandos, e hoje colegas de profissão, Leidyanny, Kalline, Rebeca, Moema, Juliete, Renata, Alex e Juliany, pela dedicação, compromisso e competência durante a coleta de dados;

À Coordenação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, nas pessoas da Prof^a. Dr^a. Jordana de Almeida Nogueira e Prof^a. Dr^a. Neuza Collet, pela disponibilidade e atenção em todos os momentos.

Ao corpo docente do doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) pelas sementes férteis plantadas no terreno de minha formação como pesquisadora;

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf), Srta. Nataly e Sr. Ivan, pela solicitude e presteza no atendimento às solicitações.

Aos colegas da turma 2013.1 do doutorado do PPGEnf, com quem vivenciei experiências exitosas de discussão fundamentais às desconstruções e construções necessárias a produção do conhecimento.

Àos colegas do Departamento de Enfermagem Clínica (DENC/CCS/UFPB), e em especial às colegas da área de Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso pelo estímulo, e apoio durante o doutoramento e pela concessão do meu afastamento no último ano, fundamental a construção da tese;

À amiga e sempre orientadora Wilma Dias de Fontes, pelo carinho e cuidado de sempre;

Aos amigos que contribuíram direta ou indiretamente comigo durante o doutoramento e alegraram-se com a conquista do grau acadêmico resultante deste processo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama de associação da análise de correspondência múltipla para o risco clínico e suas variáveis influentes. João Pessoa/PB, 2012.	63
Figura 2 – Diagrama de associação na forma vetorial entre risco clínico e suas variáveis influentes. João Pessoa/PB, 2012.	63
Figura 3 – Valor médio dos percentuais e Intervalo de confiança a 95% da satisfação dos usuários sobre as variáveis da oferta. João Pessoa/PB, 2012.	69
Figura 4 – Análise de agrupamento das variáveis da oferta. João Pessoa/Paraíba, 2012.....	70
Figura 5 – Intervalo de Confiança a 95% da satisfação dos usuários segundo as dimensões da oferta. João Pessoa/PB, 2012.....	73
Figura 6 – Diagrama de associação da análise de correspondência para o risco clínico e oferta de ações e serviços. João Pessoa/PB, 2012.	74
Figura 7 – Intervalo de Confiança a 95% da satisfação dos usuários das variáveis da dimensão integração interna. João Pessoa/PB, 2012.	78
Figura 8 – Intervalo de Confiança a 95% da satisfação dos usuários das variáveis da dimensão integração externa. João Pessoa/PB, 2012.....	79
Figura 9 – Diagrama de associação da análise de correspondência simples para o risco clínico e integração. João Pessoa/PB, 2012.....	82
Figura 10 – Diagrama de associação da análise de correspondência múltipla para Risco clínico, Oferta e Integração de ações e serviços. João Pessoa/PB, 2012.....	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis utilizadas na análise da oferta e da integração das ações e serviços de saúde. João Pessoa/PB, 2012.....	50
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo variáveis sociodemográficas. João Pessoa/PB, 2012.	57
Tabela 2 – Frequência e distribuição percentual das PVHA segundo variáveis de acompanhamento dos casos. João Pessoa/PB, 2012.	59
Tabela 3 – Frequência e distribuição da ocorrência de manifestações clínicas e doenças oportunistas por ocasião da notificação e no momento da entrevista. João Pessoa/PB, 2012.	61
Tabela 4 – Distribuição dos participantes segundo a estratificação de risco clínico e variáveis/categorias. João Pessoa/PB, 2012.	62
Tabela 5 – Coeficientes da regressão logística para as variáveis componentes do risco. João Pessoa/PB, 2012.	64
Tabela 6 – Estatística descritiva do risco nos fatores e comparação de suas categorias através da ANOVA One-way e <i>Teste-t</i> . João Pessoa/PB, 2012.	65
Tabela 7 – Influência de fatores sobre o risco segundo Regressão Logística. João Pessoa/PB, 2012.	66
Tabela 8 – Distribuição da satisfação dos usuários em relação à oferta de ações e serviços de saúde pelo ambulatório especializado. João Pessoa/PB, 2012.	67
Tabela 9 – Valor mediano da satisfação dos usuários sobre as variáveis categorizadas nas dimensões da oferta. João Pessoa/PB, 2012.	71
Tabela 10 – Valor médio dos escores percentuais, Desvio Padrão e Intervalo de Confiança da satisfação dos usuários sobre as dimensões da oferta. João Pessoa/PB, 2012.	73
Tabela 11 – Coeficientes padronizados da regressão linear múltipla para a oferta. João Pessoa/PB, 2012.	74
Tabela 12 – Distribuição e associação entre risco e oferta de ações e serviços de saúde. João Pessoa/PB, 2012.	75
Tabela 13 – Distribuição, valor médio dos escores percentuais, Desvio Padrão e Intervalo de Confiança da satisfação dos usuários sobre as dimensões da integração (níveis da integração). João Pessoa/PB, 2012.	76
Tabela 14 – Mediana dos indicadores de satisfação das variáveis da integração, categorizadas nas dimensões João Pessoa/PB, 2012.	77
Tabela 15 – Distribuição, Média dos escores percentuais, desvio padrão e intervalo de confiança da satisfação dos participantes segundo as dimensões operacionais da integração. João Pessoa/PB, 2012.	79

Tabela 16 – Coeficientes padronizados da regressão linear múltipla para a integração. João Pessoa/PB, 2012.	80
Tabela 17 – Utilização de outros serviços da rede assistencial por PVHA em acompanhamento ambulatorial. João Pessoa/PB, Brasil, 2012.	80
Tabela 18 – Distribuição e associação entre risco e integração das ações e serviços de saúde. João Pessoa/PB, 2012.	82
Tabela 19 - Resultado da Análise de correspondência múltipla para avaliar a associação entre risco, oferta e integração. João Pessoa/PB, 2012.	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ABS	Atenção Básica à Saúde
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ADT	Atendimento Domiciliar Terapêutico
AH	Atenção Hospitalar
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antirretrovirais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHCF	Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FHEMG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GI	Gestão da Informação
GU	Gestão do Usuário
HD	Hospital Dia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IE	Integração Externa
II	Integração Interna
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONG/AIDS	Organizações Não Governamentais com Atuação em HIV/aids
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PA	Pronto Atendimento
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/aids
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antiretroviral
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UDI	Usuários de Droga Injetáveis
USF	Unidades de Saúde da Família

RESUMO

LEADEBAL, Oriana Deyze Correia Paiva. **Coordenação do cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids: desafios no contexto da assistência ambulatorial especializada**. 2015. 131f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

Introdução: A variabilidade da natureza e complexidade das necessidades de atenção à saúde geradas pelo HIV/aids requerem abordagens no processo de produção e gestão do cuidado que considerem as características e demandas das pessoas e famílias afetadas pela infecção/adoecimento, bem como a constituição/consolidação de uma rede integrada de serviços de saúde que assegurem um cuidado contínuo e coordenado. **Objetivos:** Analisar a coordenação do cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids assistidas em ambulatório especializado a partir da oferta e integração das ações e dos serviços de saúde. **Método:** Pesquisa epidemiológica, transversal do tipo inquérito, que envolveu 150 adultos vivendo com aids, usuários do ambulatório especializado de referência estadual da Paraíba. Os dados foram coletados entre julho de 2011 e julho de 2012, por meio de entrevistas e consulta ao prontuário, utilizando-se um questionário estruturado. Posteriormente, as informações foram submetidas a tratamento estatístico descritivo e inferencial, através do software *Statistica 9.0* da *Statsoft*, aplicando-se cálculos de medida de frequência; análise de correspondência simples e múltipla; análise de variância robusta e *teste-t*; cálculo de mediana, média, desvio padrão e intervalo de confiança a 95% dos percentuais de satisfação em relação às variáveis da oferta e da integração; modelo de regressão logística; modelo de regressão linear simples e múltipla para análise de influências entre risco, oferta e integração. **Resultados:** Os perfis sociodemográfico e clínico são congêneres ao panorama nacional, com forte expressão da raça parda na população estudada e bons indicadores clínicos no momento da entrevista. Observou-se que 45,3% dos participantes foram incluídos no estrato de risco clínico alto; houve associação significativa das variáveis componentes para a determinação do escore de risco clínico; influência de linfócitos T CD4+ alto e carga viral indetectável para a categorização no grupo sem risco clínico; presença de doenças oportunistas e de manifestações clínicas para a estratificação no grupo de risco clínico, e diferenças significativas do risco clínico médio segundo situação empregatícia, classe econômica e cor. A oferta e a integração foram avaliadas como regulares, os indicadores melhor avaliados reforçam uma visão biologicista do cuidado, tendo como principais fragilidades a atenção às necessidades psicossociais, intersectorialidade e gestão da informação. Dentre os usuários que avaliaram estes componentes como insatisfatórios, foram prevalentes aqueles no estrato de risco clínico alto. **Conclusões:** As fragilidades identificadas na oferta e na integração comprometem o desempenho do ambulatório dentro da rede para a provisão de cuidado coordenado, além de invocarem medidas de enfrentamento nos níveis meso e micro de organização do sistema para qualificação da atenção às necessidades das pessoas que vivem com HIV/aids.

Palavras chave: Aids; Assistência Ambulatorial; Serviços de Saúde. Integração de Sistemas. Cuidado Periódico

ABSTRACT

LEADEBAL, Oriana Deyze Correia Paiva. **Coordination of HIV Patient Care: specialized ambulatory assistance challenges**. 2015. 131p. Thesis (Doctorate in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2015.

Introduction: The different circumstances and health care complexities created by the HIV virus require specific approaches on the processes of production and management of care, carefully considering both the traits and demands of patients and families affected by the infection and the establishment of an integrated network of health services that provide a continuous and coordinated care. **Objectives:** To analyze specialized ambulatory coordination of the of HIV patient care through the lens of action offer and integration of health services. **Method:** Epidemiological research, transversal and interviews, involving 150 adults carrying the AIDS virus, users of the reference specialized ambulatory of the state of Paraíba, Brazil. The data was collected between July 2011 e July 2012, through interviews and chart lookup, using a structured questionnaire. It was then submitted to a statistical inference analysis through *Statsoft's Statistica 9.0* software, applying frequency measurement calculations, analysis of simple and multiple correspondence, analysis of robust variance and *t-tests*, calculations of average, standard deviation and trust intervals to 95% of satisfaction percentages related to the variables of offer and integration, logistical regression model, both simple and multiple linear regression models for influence analysis between risk, offer and integration. **Results:** The sociodemographic and clinic profiles are similar to the national scene, with a great expression of the “pardo” ethnicity on the studied population and good clinical indicator during the survey. We observed that 45.3% of the participants were included on the high risk category; there was a significant association of the composing variables to determine the risk score; the high influence of T CD4+ lymphocytes and undetectable viral charge for the assignment of the ‘no risk’ category; the presence of opportunistic diseases and clinical manifestations for the stratification of the risk group, and significant differences of medium risk according to the subjects’ job situation, economic class and skin color. The offer and integration were evaluated as regular, its main weaknesses the attention to psychosocial needs, the intersectional approach and information management. These factors and the high value indicators indicate a purely biological approach to health care. Among the subjects that presented unsatisfactory values to these components, most were in the high risk category. **Conclusion:** The weaknesses identified in offer and integration endanger the ambulatory’s performance inside the network for coordinated care. They also demand confrontational measures on both the micro and macro organizational levels for qualification of care directed to the needs of patients living with HIV/AIDS.

Keywords: Aids; Ambulatorial Assistance; Health Care Services; System Integration; Periodical Care.

RESUMEN

Leadebal, Oriana Deyze Correia Paiva. **Coordinación de la atención a las personas portadoras de SIDA: desafíos en el contexto de la asistencia ambulatorial especializada.** 2015. 131f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud, de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2015.

Introducción: La variabilidad de la naturaleza y complejidad de las necesidades de atención a la salud general de los portadores de SIDA, requieren abordajes en el proceso de producción y gestión de la atención que consideren las características y demandas de las personas y familias afectadas por la infección/adolecimiento, así como la constitución/consolidación de una red integrada de servicios de salud que en una atención continua y coordinada. **Objetivos:** Analizar la coordinación de la atención a las personas portadoras de SIDA asistidas en ambulatorio especializado a partir de la oferta de integración de las acciones y los servicios de salud. **Método:** Investigación epidemiológica, transversal del tipo averiguación, que envolvió 150 adultos, con SIDA, usuarios del ambulatorio especializado de referencia estatal de Paraíba. Los datos fueron colectados entre julio de 2011 y julio de 2012, por medio de entrevistas y consulta al prontuario, utilizándose un cuestionario estructurado; y sometidos a tratamiento estadístico descriptivo y inferencial, a través del software *Statistica 9.0* de la *Statsoft*, aplicándose cálculos de medida de frecuencia; Análisis de Correspondencia Simple y Múltiple; Análisis de Variancia Robusta y *Teste-t*; Cálculo de mediana, promedio, desvío padrón e intervalo de confianza a los 95% de los porcentajes de satisfacción respecto a las variables de la oferta y la integración; Modelo de Regresión Logística; Modelo de Regresión Lineal Simple y Múltiple para análisis de influencias entre riesgo, oferta e integración. **Resultados:** Los perfiles sociodemográfico y clínico son congéneres al panorama nacional, con fuerte expresión de la raza parda en la población estudiada y buenos indicadores clínicos en el momento de la entrevista. Se observó que los 45,3% de los participantes fueron incluidos en el estrato de riesgo alto; hubo asociación significativa de las variables componentes para determinación del placar de riesgo; influencia de linfócitos T CD4+ alto y carga viral indetectable para la estratificación en el grupo sin riesgo; presencia de enfermedades oportunistas y de manifestaciones clínicas para la estratificación en el grupo de riesgo, y diferenciaciones significativas do riesgo mediano según situación empregaticia, clase económica y color. La oferta y la integración fueron evaluadas como regular, teniendo como principales fragilidades la atención a las necesidades psicosociales, intersectorialidad, gestión de la información y los indicadores más bien evaluados refuerzan visión biologicista de la atención. Entre los usuarios que evaluaron dichos componentes como insatisfactorios, fueron prevalentes aquellos en el estrato de riesgo alto. **Conclusiones:** Las fragilidades identificadas en la oferta y la integración comprometen el desempeño del ambulatorio dentro de la red para la provisión de atención coordinado, e invocan medidas de enfrentamiento en los niveles meso y micro de organización del sistema para calificación de la atención a las necesidades de las personas portadoras de SIDA.

Palabras claves: Sida; Asistencia Ambulatorial; Servicios de Salud; Integración de Sistemas. Atención Periódica.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	20
1.1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO	21
1.2 OBJETIVOS	26
2 REFENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	27
2.1 HIV/AIDS COMO CONDIÇÃO CRÔNICA E AS FRAGILIDADES DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA A PROVISÃO DO CUIDADO	28
2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E AS PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO	39
3 MÉTODO	43
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	44
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	44
3.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA E AMOSTRAGEM	47
3.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	48
3.5 VARIÁVEIS UTILIZADAS NO ESTUDO	49
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	51
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	55
4 RESULTADOS	56
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E DE ACOMPANHAMENTO DOS PARTICIPANTES	57
4.2 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO	61
4.3 OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS	67
4.4 INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS	75
4.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE RISCO, OFERTA E INTEGRAÇÃO	83
5 DISCUSSÃO	85
5.1 CARACTERIZAÇÃO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO DOS PARTICIPANTES	86
5.2 OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS	90

5.3 INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	107
ANEXOS	117

Como pesquisadora do Núcleo de Estudos em HIV/aids Saúde e Sexualidade (NEHAS) do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), dediquei-me a partir de 2011 ao estudo dos aspectos programáticos das vulnerabilidades ao HIV/aids na Paraíba, focalizando a avaliação das ações e serviços ofertados a pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) e acompanhadas pelo principal ambulatório especializado do estado, localizado no Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga, na capital, cuja gestão é de responsabilidade estadual.

Considerando o HIV/aids como condição crônica, é inegável a importância de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) para a prestação de um cuidado permanente e de qualidade resolutiva diante das diferentes naturezas e complexidade das necessidades das pessoas acometidas pela infecção/doença. Este estudo se propôs, portanto, à análise da coordenação do cuidado prestado às PVHA na rede, compreendendo-a como resultante da articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde, cujas atuações devem estar sincronizadas e motivadas por um objetivo comum: a oferta de cuidado integral e integrado, resultante da atenção em locais e momentos adequados à satisfação das reais necessidades destas pessoas e famílias.

A coordenação é apresentada por muitos teóricos da atualidade como uma importante qualidade de um cuidado livre da fragmentação e descontinuidade, características historicamente perpetuadas nos contextos internacional e nacional e cujo enfrentamento tem instigado, na atualidade, a reorganização dos modelos de atenção à saúde, da gestão e das práticas de cuidado.

Portanto, pesquisar sobre a coordenação do cuidado é relevante tanto pela importância balizadora do tema sobre discussões e mobilização em favor da (re)organização do sistema de saúde para a atenção de qualidade às condições crônicas, quanto pela lacuna teórica inerente ao tema no contexto da atenção às PVHA.

Ressalta-se que a coordenação do cuidado é reconhecida como um atributo da Atenção Primária à Saúde (APS), e os serviços de atenção básica apontados como os mais adequados para coordenar os cuidados na RAS (portanto responsabilizados para tal). Entretanto, neste estudo focalizaram-se as contribuições dos dispositivos, estratégias e desempenho do ambulatório especializado para a efetivação desta coordenação, que não deve se restringir ao primeiro nível de atenção, efetivando-se por meio de um processo permanente de assistência sanitária e social com vistas à prevenção e tratamento adequado de doenças oportunistas, promoção e reabilitação da saúde das PVHA.

A análise da coordenação do cuidado no contexto da atenção especializada justifica-se pela relevância da oferta de ações e serviços e pela atuação da equipe profissional especializada neste nível de atenção no atendimento das necessidades singulares das PVHA. Destaca-se, também, a importância do desempenho de todos os atores envolvidos na provisão do cuidado para que a coordenação aconteça, visto que ela depende da articulação e da comunicação entre os componentes da rede.

Para tanto, focalizaram-se aspectos da *estrutura* e do *processo* na avaliação da oferta e da integração das ações e dos serviços de saúde, com a integração sendo avaliada *para e a partir* do ambulatório especializado, e nos dois sentidos de fluxo de densidade tecnológica na rede de cuidados.

Apesar de reconhecer a importância do componente *resultado* na avaliação em saúde, o qual reflete o efeito prático das *estruturas* e *processos* à luz do objeto para o qual foram criados, este não consistirá em objeto de avaliação do presente estudo. Isso se dá pela amplitude conceitual da coordenação e pela diversidade das repercussões em saúde geradas pelo HIV/aids, considerando-se os aspectos social, político, econômico e físico afetados pela infecção/adoecimento/tratamento, o que dificulta o estabelecimento de indicadores que reflitam fidedignamente os impactos da coordenação do cuidado na atenção à saúde destas pessoas.

Embora o termo *atenção à saúde* geralmente seja empregado com sentido político, normativo e organizativo do sistema, o termo *assistência* exprima uma denotação técnica, operacional, e o termo *cuidado* conjecture uma inquietação e atendimento às necessidades, problemas e demandas das pessoas (usuários), ao logo do texto estes vocábulos são empregados para discorrer sobre a coordenação do cuidado no contexto estudado, considerando suas convergências conceituais, amparadas pelos princípios que orientam a produção do cuidado no Sistema Único de Saúde.

No capítulo 1 apresento e contextualizo a coordenação do cuidado às PVHA como desafio contemporâneo à efetivação da RAS e como problema de pesquisa, enfatizando o ambulatório especializado como cenário de expressão de mecanismos de coordenação, visto tratar-se de um importante ponto de atenção da rede. Sob esta premissa, apresento os objetivos que nortearam o estudo e suas justificativas pautadas em lacunas do conhecimento, subsidiadas por referências nacionais e internacionais.

Os fundamentos teóricos do estudo congregam as concepções de Modelo de Integração dos Componentes Estruturais do Sistema de Saúde (Organização Mundial de Saúde), Modelos de Atenção às Condições Crônicas (Mendes), de Redes de Atenção à Saúde

(Mendes); a concepção de coordenação do cuidado (Starfield e Mendes), produção e gestão do cuidado (Merhy e Cecílio), e os fundamentos teórico-metodológicos da avaliação da qualidade dos serviços de saúde (Donabedian, Starfield, Tanaka, Melo e Hartz).

Partindo destas balizes teóricas, no capítulo 2 apresento o conteúdo da literatura contemporânea pertinente através dos seguintes eixos temáticos: HIV/aids como condição crônica e as fragilidades do sistema de atenção à saúde para a provisão do cuidado; coordenação do cuidado às condições crônicas como desafio à constituição das redes de atenção à saúde; dispositivos de coordenação na perspectiva da produção e gestão do cuidado; avaliação em saúde e as perspectivas metodológicas para o estudo.

No capítulo 3 descrevo o delineamento do estudo, de natureza epidemiológica e transversal, os procedimentos de coleta de dados, os modelos e técnicas analíticas empregadas na consecução do estudo, assim como a descrição do cenário e da Rede de Atenção local.

Nos capítulos 4 e 5 apresento, respectivamente, os resultados alcançados e a análise ampliada dos principais, enfatizando e discutindo as especificidades dos achados, suas confluências e divergências à luz da literatura normativa da prática e outras pesquisas publicadas na literatura nacional e internacional.

Por fim, discorro considerações sobre o significado dos principais resultados para o problema da pesquisa, tecendo considerações inerentes às limitações do estudo, às implicações dos resultados, tanto operacionais quanto para o desenvolvimento de futuras pesquisas na área (capítulo 6).

1.1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) despontou como um fenômeno social de grande magnitude, que ao longo dos anos envolveu diferentes grupos sociais, reafirmando-se, em mais de três décadas de evolução, como uma pandemia de múltiplas dimensões, impactando sobre princípios morais, religiosos, éticos, comportamento humano individual e coletivo, e sobre modelos de atenção à saúde^(1,2).

Em resposta aos prejuízos gerados pelo avanço da infecção, investiu-se em tecnologia na área de diagnóstico, tratamento e prevenção e na criação de políticas públicas de enfrentamento da epidemia, cujos resultados trouxeram otimismo ao cenário mundial⁽³⁾. Neste contexto, o Brasil vem destacando-se internacionalmente como modelo de sucesso, legitimado pela oferta de testagem e tratamento universal e gratuito, produção interna de medicamentos antirretrovirais (ARV) e insumos de prevenção; exportação de tecnologia para países pobres e forte inserção social na formulação e condução de políticas⁽⁴⁾.

Sobre o tratamento destacam-se as inegáveis contribuições dos ARV para a melhoria da condição imunológica das pessoas, com repercussões sobre o manejo clínico das doenças oportunistas, aumento da sobrevida e mudanças no significado da convivência com a infecção. Esses fatos fizeram com que a aids, mesmo sendo uma doença infecciosa e transmissível, assumisse um status de condição crônica, dada a sua permanência no tempo, o fato de ser até o momento incurável e por requerer, para o seu manejo, cuidados permanentes por parte dos serviços de saúde⁽⁴⁻⁶⁾.

No contexto do cuidado especializado, práticas de saúde precisaram ser redirecionadas para atender as demandas de uma condição crônica. Modelos e protocolos de atendimento foram criados com vistas à garantia de acesso universal ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno; à rápida identificação de manifestações oportunistas para o adequado manejo clínico; à redução dos efeitos colaterais e adversos da terapia antirretroviral (TARV) para ampliar a adesão ao processo terapêutico; e à ampliação da oferta de ações de prevenção voltadas não só às pessoas, mas às famílias e comunidade, com foco sobre grupos considerados vulneráveis^(4,7).

Além do caráter crônico da aids, o regime terapêutico requer adaptação de rotina e criação de novos hábitos no cotidiano das pessoas em tratamento; envolve o uso a longo prazo de medicamentos com esquemas complexos, efeitos colaterais e adversos; e uma rotina de acompanhamento clínico-laboratorial permanente⁽⁴⁻⁶⁾.

Aos aspectos físicos afetados pela infecção/doença/tratamento, somam-se os problemas psicológicos e sociais de difícil manejo, como o enfrentamento do estigma e discriminação, dificuldades de reinserção social, repercussões da infecção para a vida sexual e reprodutiva, dentre outros. Origina-se, portanto, uma pluralidade de problemas cujo enfrentamento adequado demanda a mobilização de diferentes saberes através da oferta de uma assistência multidimensional e da organização dos serviços em rede, para a produção de cuidados integrais e resolutivos, através de acompanhamento permanente dos casos e assistência continuada através dos serviços de densidades tecnológicas crescentes^(2,7-8).

Ademais, a aids trouxe à discussão, no âmbito da formação e atuação em saúde, a importância da valorização dos elementos psicossociais da atenção e as limitações dos recursos técnicos especializados para o cuidado resolutivo quando não são consideradas as especificidades e os desdobramentos da infecção/adoecimento/tratamento para o convívio social destas pessoas⁽⁹⁾.

Assim sendo, o cuidado não deve se restringir à oferta de um conjunto de procedimentos terapêuticos e auxiliares tecnicamente orientados para a garantia da efetivação do tratamento antirretroviral e o monitoramento das condições clínica e imunológica das pessoas em tratamento, visto que a produção do cuidado requer a transcendência destes limites e a consideração das múltiplas dimensões afetadas pela infecção/adoecimento⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O Serviço de Assistência Especializada (SAE) reafirma-se como estratégia inovadora da assistência ambulatorial às PVHA, que inserido em ambulatórios, hospitais ou outras estruturas de atendimento exclusivo, conta com a atuação de uma equipe multiprofissional especializada, composta minimamente por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, na oferta de exames para o diagnóstico da infecção, de assistência farmacêutica e psicossocial para o binômio PVHA e família. Nestes serviços objetiva-se a assistência durante o período de melhora clínica, orientando e direcionando estas pessoas para outros serviços da rede de acordo com as necessidades de cuidado⁽¹²⁻¹³⁾.

Embora o cuidado às PVHA ocorra predominantemente nos serviços de saúde especializados, sobretudo ambulatoriais, a Atenção Básica em Saúde (ABS) é um elemento importante na constituição das redes para a prevenção e adequado manejo das complicações e agravos nos diversos contextos sanitários. Seu destaque se dá não apenas pela implementação de ações básicas de prevenção e assistência, mas pelo fortalecimento da integração entre os

diferentes pontos de atenção à saúde^a existentes na rede de serviços do município/região, cuja resolatividade varia de acordo com os recursos financeiros, técnicos, humanos e de infraestrutura⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Diante do exposto, é notória a importância de que a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) das PVHA responda às necessidades e demandas de cuidado e que os profissionais incorporem em seu processo de trabalho o compromisso com a identificação de grupos de pessoas em situação de vulnerabilidade. Assim, será possível ofertar um cuidado humanizado e resolutivo a partir de ações ordenadamente planejadas e integradas, objetivando assegurar a continuidade e a globalidade do elenco de ações e de serviços requeridos, com densidades tecnológicas crescentes e disponíveis em várias organizações, inclusive não governamentais⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Embora se reconheçam os expressivos avanços programáticos no campo da atenção às PVHA, a literatura sugere que a integração entre os diversos pontos de atenção à saúde de um modo geral é, na atualidade, um importante desafio aos sistemas de saúde nos cenários internacional e nacional, conformando um importante eixo de avaliação de serviços e de sistemas, sobretudo naqueles organizados na lógica da RAS⁽¹⁶⁾.

Compreendendo que não há serviço ou organização de saúde que reúna todos os recursos e competências necessários para responder adequadamente as demandas de atenção à saúde das pessoas, sobretudo com condições crônicas, as fragilidades da integração de serviços repercutem diretamente sobre a coordenação do cuidado, considerada pelos estudiosos um atributo dos sistemas de saúde, resultante da articulação dos serviços ao longo do contínuo da assistência para a prestação de uma atenção em momentos e locais adequados às reais necessidades das pessoas⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

A coordenação do cuidado, nesta perspectiva, pressupõe a existência de uma RAS onde haja articulação e ajustamento entre os elementos que a compõem, suficiente à coordenação das práticas clínicas, à organização harmoniosa (estrutural e de cooperação) para

^a Pontos de atenção à saúde são espaços onde se ofertam serviços de saúde e as ligações que os comunicam. No caso da atenção às PVHA estes pontos incluem, além das unidades básicas de saúde (UBS) que teoricamente configuram a porta de entrada dos usuários à rede de atenção, os serviços de atenção especializada como as Unidades dispensadoras de Medicamentos (UDM), os Serviços de Assistência Especializada (SAE), os Hospitais-Dia (HD), Hospitais de referência, as Unidades de Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT) e as casas de apoio, instituições que oferecem abrigo e assistência multidisciplinar a adultos vivendo com HIV/aids e que contam com apoio técnico-financeiro do Ministério da Saúde (MS); assim como os serviços de emergência e hospitalar cujo papel é o atendimento nos casos de agudização⁽¹³⁾.

a oferta de recursos necessários de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, e à continuidade dos cuidados.

Embora a relevância da coordenação seja um consenso na literatura, e considerada um recorrente problema dos sistemas de saúde no mundo, um estudo de revisão⁽¹⁹⁾ destaca que o tema é pouco explorado, com discussão centrada nos efeitos desta sobre a qualidade e desempenho de organizações de saúde, principalmente em hospitais (contextos mais explorados). E mesmo com a ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS)^b, a qual pressupõe a provisão do cuidado em rede, os estudos centram-se na continuidade dos cuidados, que consiste nos resultados da coordenação, não propriamente nela.

A busca por estudo sobre o tema é uma tarefa cuja primeira dificuldade consiste na inexistência da coordenação (do cuidado ou assistencial) como descritor em ciências da Saúde, o que não contribui para a pesquisa e recuperação de conteúdo da literatura científica nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde.

Além disso, a busca utilizando-se os descritores “integração de sistemas”, “aids” e “serviços de saúde” reafirmam a limitação da produção científica inerente à temática, sobretudo quando se busca por estudos operacionais e voltados à descrição/avaliação de mecanismos de coordenação/integração/continuidade do cuidado às PVHA no Brasil, considerando-se a relevância estratégica da coordenação intra e interníveis assistenciais, na provisão de um cuidado permanente e de qualidade

No cenário internacional, estudo pautado em revisão sistemática da literatura indexada em base de dados de Ciências da Saúde e Sociais⁽¹⁹⁾, objetivou a construção de um marco teórico para a análise da coordenação. Tal estudo utilizou a teoria organizacional e a aplicação desta na sistematização de mecanismos de coordenação em contextos apropriados, sugerindo indicadores de avaliação (dos componentes estrutura, processo e resultado) segundo as dimensões da coordenação identificadas na literatura e denominadas pelos autores como gestão da informação e gestão do usuário.

^b Segundo Barbara Starfield, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada à assistência continuada e centrada na pessoa. Consiste no espaço responsável pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, referenciando os casos estritamente quando há exigências de atuação mais especializada. A APS coordena os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção, tendo como atributos primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação^(18,20). A APS é concebida a partir da Declaração de Alma Ata, de modo abrangente, como a atenção à saúde essencial de pessoas, famílias e comunidades, utilizando-se métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis. Além disso, pressupõe participação comunitária, democratização dos conhecimentos, proximidade da atenção à saúde dos locais de residência e trabalho das pessoas; extrapolam o primeiro nível de atenção e integra um processo permanente de assistência sanitária, com foco sobre a prevenção, promoção, cura e reabilitação⁽²¹⁾.

Dos poucos estudos nacionais que tratam especificamente sobre a coordenação (visto que o tema é abordado nas entrelinhas ou secundariamente à discussão de temas majoritários como Atenção Primária à Saúde, integralidade da atenção, e interdisciplinaridade), observa-se ênfase nos mecanismos e estratégias de coordenação como objetos de estudos; a ABS como contextos prioritários de discussão deste tema; e a ESF como a principal responsável pela coordenação do cuidado na rede⁽²²⁻²⁶⁾.

Destaca-se, contudo, em relação a este último aspecto, que apesar da ESF apresentar as características ideais para coordenar a assistência dos usuários na rede, é fundamental que haja a mobilização de recursos e estratégias de coordenação pertinentes a cada ponto de atenção, além da corresponsabilização destes para que a coordenação se efetive na rede assistencial.

Dá a relevância de se investir no desenvolvimento de pesquisas avaliativas e operacionais que possibilitem aproximações da realidade sanitária visando à avaliação da oferta (elenco de serviços) e da integração das ações e dos serviços disponibilizados aos usuários pelos ambulatorios especializados que integram a rede de atenção às PVHA. Assim, será possível analisar se estes contribuem para a coordenação do cuidado, a qual tem sido associada à melhor qualidade e eficiência da atenção à saúde, maior satisfação dos profissionais e usuários e menores custos⁽²²⁾.

Estudo operacional nesta perspectiva e desenvolvido em um município de São Paulo⁽²⁷⁾ destacou como fragilidades inerentes à coordenação do cuidado em ambulatorio especializado o enfoque biologicista e fragmentado da assistência, além de falhas na comunicação entre os serviços. Este estudo apresentou um cenário/organização da rede diferente da realidade paraibana, e ressalta a influência das especificidades estruturais, organizativas da atenção e da gestão destes ambulatorios sobre a heterogeneidade no desempenho destes serviços, sugerindo, portanto, a relevância de que sejam consideradas as especificidades da organização da rede local e da população usuária na análise do atributo em cada contexto de avaliação.

Portanto, o presente estudo justifica-se:

1. Pelos desafios impostos ao Sistema de Saúde Brasileiro à provisão do cuidado integral, integrado e de qualidade resolutive às PVHA e pela importância da coordenação na produção deste cuidado;
2. Pela lacuna teórica acerca da coordenação do cuidado, sobretudo no contexto da assistência especializada às PVHA, focalizando-se indicadores dos componentes oferta e integração de ações e serviços de saúde para fomentar estratégias de

aprimoramento institucional (organizacional e das práticas) necessárias à gestão do cuidado à luz das necessidades destas pessoas;

3. Pelas contribuições da produção do conhecimento sobre o tema na formação (no contexto da graduação e de educação permanente) de profissionais mais responsivos aos paradigmas atuais de atenção à saúde das pessoas com condições crônicas como o HIV/aids.

Diante do exposto, o presente estudo se debruça sobre as seguintes questões norteadoras: **Como se dá a coordenação do cuidado no contexto de um serviço ambulatorial especializado na atenção às PVHA da Paraíba? Em que medida a oferta e integração das ações e dos serviços de saúde contribuem para a coordenação do cuidado das pessoas com HIV/aids?**

1.2 OBJETIVOS

Geral:

- Analisar a coordenação do cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids assistidas em ambulatório especializado a partir da avaliação da oferta e integração das ações e dos serviços de saúde.

Específicos

- Caracterizar sociodemográfica e clinicamente as pessoas vivendo com HIV/aids e acompanhadas em ambulatório de referência estadual da Paraíba;
- Analisar as contribuições de indicadores clínicos na construção de um escore para a estratificação de risco clínico de usuários desse serviço;
- Analisar a influência de variáveis sociodemográficas e relacionados ao acompanhamento clínico sobre a estratificação de risco clínico;
- Analisar a satisfação dos usuários em relação à oferta de ações e serviços de saúde disponibilizados às pessoas vivendo com HIV/aids;
- Analisar a satisfação dos usuários em relação à integração das ações e serviços de saúde do ambulatório especializado para a atenção às necessidades de cuidado das pessoas acompanhadas pelo serviço.

2 REFENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

Os subsídios teórico-metodológicos que embasaram o estudo partiram das concepções de Modelo de Integração dos Componentes Estruturais do Sistema de Saúde⁽²⁸⁾; de Modelos de Atenção às Condições Crônicas⁽¹⁷⁾; das Redes de Atenção à Saúde⁽²⁾; da Coordenação do Cuidado⁽¹⁷⁻¹⁸⁾; da Produção e Gestão do Cuidado⁽²⁹⁾; e da Avaliação da qualidade dos serviços de saúde^(18,30-32).

2.1 HIV/AIDS COMO CONDIÇÃO CRÔNICA E AS FRAGILIDADES DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA A PROVISÃO DO CUIDADO

O Ministério da Saúde (MS) conceitua como condições crônicas o conjunto de situações no campo da saúde, incluindo-se as doenças, relacionadas a causas múltiplas e caracterizadas por início gradual, prognóstico incerto, longa ou indefinida duração, curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização e potencial para gerar incapacidades⁽³³⁾.

No Brasil, estas condições ganharam atenção das Políticas Públicas, sobretudo na última década, pelo fato de serem responsáveis pela elevação nas taxas de mortalidade, de morbidades relacionadas; pelo impacto econômico oriundo não apenas dos gastos através do SUS (resultante do aumento das internações e outros procedimentos em saúde), mas das despesas secundárias ao absenteísmo, aposentadorias e morte prematura de população economicamente ativa; além do impacto negativo sobre a qualidade de vida das pessoas afetadas. Estas condições sofrem a influência de determinantes sociais e requerem a mobilização de tecnologias leves, leve-duras e duras, na prestação de um cuidado que necessita ser contínuo para o atendimento das necessidades de atenção à saúde⁽³³⁾.

A aids, apesar de ser doença infecciosa e transmissível, em função do aparato terapêutico e suas repercussões para o manejo clínico da infecção e prevenção/controle de complicações associadas, é considerada uma condição crônica, em função de sua persistência no tempo (ciclo de vida superior a três semanas)^(17,28).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico publicado pelo MS, de 1980 a junho de 2013 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), declarados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4/CD8 e Carga Viral / Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siscel/Siclom) um total de 686.478 casos de aids no Brasil, sendo a Região Nordeste responsável por 95.516 (13,9%) destes casos⁽³⁴⁾.

Além da magnitude epidemiológica inerente ao avanço da epidemia e expansão para muitos grupos sociais, uma epidemia social (constituída pelo medo, ignorância, preconceito, estigma e discriminação com grupos fortemente afetados pela infecção), de proporcional gravidade, acompanhou a expansão da infecção no mundo⁽³⁵⁾.

Estes fenômenos associados ao status crônico do HIV/aids geraram modificações expressivas no significado da convivência com a infecção, ressaltando a relevância de um sistema de saúde estruturado, planejado e resolutivo, que focalize as pessoas, famílias, e suas diversas necessidades de atenção, com a provisão, além de diagnóstico e tratamento oportunos, de cuidado integral e contínuo.

Entretanto, a organização do sistema de saúde brasileiro pautou-se em modelos^c fragmentados e que privilegiaram o atendimento aos eventos agudos, demandas pontuais e imediatistas. Como características deste sistema podem ser citadas as dificuldades de considerar as reais necessidades de saúde das pessoas, e as práticas centradas no atendimento médico, com forte orientação biologicista, individualista, mecanicista, especializada e reducionista⁽¹⁷⁾.

Portanto, o autor sinaliza a necessidade de transformação desse sistema centrado na doença e que provê uma atenção reativa, fragmentada e episódica, com baixa capacidade de resposta às demandas impostas por condições crônicas, para um sistema proativo e integrado que focalize as pessoas/famílias e suas reais necessidades de atenção à saúde, e promova uma atenção planejada, estruturada, resolutiva, que favoreça a continuidade do cuidado⁽¹⁷⁾.

Pleiteando desenvolver e difundir estratégias para o aperfeiçoamento dos mecanismos de prevenção e gerenciamento das condições crônicas, dentre elas a aids, a OMS ⁽²⁸⁾ propôs um modelo de sistema de saúde baseado na integração e coordenação entre seus componentes estruturais, o qual envolve elementos tanto no plano de interação do paciente, aqui considerando como usuário (*nível micro*), como dos prestadores de serviço e comunidade (*nível meso*) e da política de saúde (*nível macro*).

O *nível macro* compreende o ambiente político responsável pela liderança, formulação e integração de políticas, estabelecimento de parcerias, financiamento e alocação de recursos humanos que permitem às comunidades e organizações de saúde prestarem assistência aos

^c Modelos de Atenção à Saúde são Sistemas Lógicos de organização das Redes de Atenção à Saúde, definidos em função da concepção sobre saúde, seus determinantes sociais, das situações demográficas e epidemiológicas vigentes em determinado tempo e sociedade. Fundamentados por estas concepções os Modelos de Atenção à Saúde articulam as relações entre os componentes da rede de atenção e as intervenções sanitárias⁽³⁶⁾.

doentes/famíliaes no decurso do tratamento⁽²⁸⁾. Este nível corresponde à instância de decisão política, a qual deverá estar alinhada aos demais níveis do sistema de saúde.

O *nível meso* envolve a organização dos serviços e práticas de saúde e suas relações com a comunidade. Trata-se do nível cuja função essencial é a viabilização das políticas de saúde através da organização, operacionalização e adequação de estratégias definidas pelo nível *macro*. É neste nível que se operacionalizam as articulações permanentes bem como a formação de vínculo com a comunidade, para proporcionar um ambiente favorável ao manejo das condições crônicas no sistema de saúde⁽²⁸⁾.

O *nível micro* é o contexto onde ocorre a interação propriamente dita entre doente/família, equipes de saúde e comunidade, a tríade que se encontra no centro do modelo proposto pela OMS⁽²⁸⁾. A Organização Mundial de Saúde, por sua vez, recomenda a intensificação da função das pessoas adoecidas e de suas famílias nos cuidados em saúde, bem como a vinculação destas às suas respectivas comunidades e organizações com potenciais e capacidades para contribuir com o manejo de condições crônicas como o HIV/aids.

As estratégias de melhoria do sistema de atenção à saúde para o cuidado das condições crônicas envolve, no nível micro, a atuação de equipes preparadas, informadas e motivadas para executarem funções e responsabilidades compatíveis com suas capacidades profissionais; a participação de usuários e famílias preparados, informados e motivados para controlar e prevenir as condições crônicas, praticando comportamentos mais saudáveis e favoráveis à adesão das terapêuticas prescritas; e a atuação de grupos de apoio da comunidade preparados, informados e motivados para assumirem funções voluntárias⁽²⁸⁾.

No nível meso, a superação da fragmentação do cuidado requer a mobilização de recursos de articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde, e a articulação destes serviços a grupos de apoio da comunidade. Desta forma, independentemente do local onde sejam prestados e do nível de densidade tecnológica, os serviços estarão sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, o bem estar da pessoa, família e comunidades⁽¹⁹⁾.

A articulação das ações e serviços voltados ao cuidado de pessoas é um requisito à coordenação do cuidado, que pressupõe a existência de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde, de modo que distintas intervenções do cuidado sejam percebidas e experienciadas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades e compatível com suas expectativas pessoais, constituindo-se em atributo da Atenção Primária à Saúde⁽³⁷⁾, compreendida não apenas como estratégia organizacional do sistema de atenção à saúde, mas como direito humano fundamental⁽³⁶⁾.

Nesta perspectiva do cuidado, as intervenções voltadas às PVHA devem favorecer o acesso a ações e serviços de densidades tecnológicas variadas, buscar responder as necessidades e demandas de atenção à saúde, e contar com a atuação de profissionais organizados em equipe interdisciplinar. Tais profissionais deverão incorporar à rotina de trabalho a preocupação com a identificação de grupos de indivíduos em situação de vulnerabilidade não só à infecção, mas ao adoecimento e morte, ofertando-lhes atendimento humanizado e resolutivo, com a valorização da participação proativa da pessoa nas estratégias de melhoria da sua condição de saúde⁽¹⁷⁾.

Ressalta-se que a integração propriamente dita dos cuidados envolve tanto o respeito à autonomia das pessoas na condução do tratamento, com destaque para a influência que o comportamento dos usuários e a qualidade da interação destes com os trabalhadores da saúde exercem sobre a eficácia da atenção às necessidades de cuidado, quanto a coordenação das práticas clínicas, com a finalidade de assegurar a continuidade e a globalidade do elenco de serviços ofertados em organizações, além da integração das equipes de saúde e sua inserção estrutural e participativa na rede de cuidados^(16,28).

2.2 COORDENAÇÃO DO CUIDADO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS COMO DESAFIO À CONSTITUIÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

De acordo com Ayres⁽¹¹⁾, desde o início da modernidade há uma consciência de que o adoecer é histórico e socialmente configurado, e de que tanto os determinantes do adoecimento quanto os saberes e instrumentos tecnicamente utilizados para seu controle são fruto do modo socialmente organizado dos seres humanos relacionarem-se entre si e com seu meio. Assim sendo, os fatores que induzem ao adoecimento devem ser analisados considerando-se os contextos de confluências simbólicas, culturais, políticas, morais, econômicas e ambientais; portanto as respostas técnicas e políticas ao adoecimento também precisam ser compreendidas considerando-se estes mesmos contextos.

Consonante com esta concepção de cuidado pressupõe-se que a distribuição dos recursos para a proteção contra os adoecimentos, para a recuperação da saúde ou para a minimização de impactos negativos sobre a vida também precisa ser compreendida como produto da vida social, na qual finalidades e meios são contínua e interativamente reconstruídos.

Para Ayres⁽¹¹⁾, tão importante quanto investir na reflexão sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos e na transformação das características das interações interpessoais

dos atos assistenciais, é avaliar sobre a disposição social das tecnologias e serviços de atenção à saúde e intervir numa perspectiva reconstrutiva do cuidado, seja pensando em diagnósticos de situação, planejamento de ações e monitoramento de processos e resultados relativos à determinada doença ou agravo, seja enfocando a organização dos serviços e os arranjos tecnológicos para respostas sanitárias.

Diferentemente da lógica da produção do procedimento, que focaliza as consultas, visitas domiciliares, aplicações de vacinas, realização de curativos ou outros procedimentos que utilizam principalmente tecnologias duras e leve-duras e tem o próprio procedimento como finalidade última do trabalho, a ação de saúde centrada na lógica da *produção do cuidado* traduz-se no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida das pessoas. Caracteriza ações que, além de produzir os procedimentos inerentes ao caso, centram a atenção nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento e na autonomia do usuário no cuidado de si, utilizando principalmente as tecnologias leves que produzem bens-relação⁽³⁸⁾.

Nesta perspectiva de cuidado o conhecimento da população usuária de um serviço é elemento essencial para que haja organização da atenção, a partir da mobilização de recursos e estabelecimento de fluxos considerando-se as reais necessidades de acordo com as especificidades dos casos, levando-se em conta não só os aspectos orgânicos, mas a capacidade de autocuidado, vulnerabilidade social, contexto local de provisão de recursos, dentre outros aspectos que deverão ser analisados no planejamento da atenção.

Para tanto, o MS⁽³³⁾ propõe, no contexto das diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde, a *estratificação de risco* clínico dos usuários dos serviços como uma estratégia de enfileiramento da atenção baseada na oferta de consultas e procedimentos desordenados, típicas dos sistemas fragmentados.

Nesta direção e ancorando-se à lógica da gestão do cuidado⁽³⁹⁾, o conhecimento da população usuária dos serviços é essencial para a organização da atenção em direção ao atendimento das necessidades destas pessoas, as quais orientarão a mobilização de recursos e estabelecimento de fluxos de acordo com as especificidades dos casos⁽¹⁷⁾.

Outro importante ponto de fragilidade na produção do cuidado situa-se na lógica do modelo médico-centrado, que pressupõe o trabalho em saúde como resultado de ações de um conjunto de trabalhadores na produção de intervenções restritas, fragmentadas e presas às competências específicas de cada formação, centralizando as ações voltadas à atuação do profissional médico⁽²⁹⁾.

Neste modelo, o trabalho se organiza em torno de problemas específicos, geralmente de natureza biológica, subordinando os saberes e ações dos demais profissionais à lógica médica, diminuindo, assim, o campo de busca de solução para os problemas, inviabilizando a incorporação de outros saberes para ampliação da ação clínica, e sobretudo, reduzindo o espaço da dimensão cuidadora da equipe⁽³⁸⁾.

O enfrentamento desta fragilidade não estaria pautado necessariamente na constituição de equipes multiprofissionais, mas, na redefinição de papéis entre estes profissionais, bem como na integração de suas práticas, quer seja em um mesmo nível de prestação da atenção ou em níveis diferentes, para que se efetive um sistema coordenado e contínuo⁽²⁾, dando origem às *Redes de Atenção à Saúde*^d.

Outro ponto crítico dos sistemas de atenção à saúde, imposto pela emergência das condições crônicas é o fato dos recursos institucionais das organizações de saúde não serem suficientes para responder a todas as necessidades de cuidado das pessoas e de suas famílias, requerendo, portanto, a incorporação suplementar de recursos existentes na comunidade (como as organizações da sociedade civil), com vistas à garantia da integralidade da atenção⁽²⁾.

Isto se aplica ao caso da aids, visto que estudo apoiado na perspectiva de quem adoece pela infecção destaca a existência de importantes demandas de cuidados de natureza psicossocial, como o preconceito e a discriminação⁽⁴⁰⁾. Estas necessidades de cuidado resguardam importantes repercussões para a condição de saúde destas pessoas e requerem iniciativas de fortalecimento da rede social de apoio para seu enfrentamento.

Outra fragilidade dos sistemas de saúde à luz do cuidado integrado incide sobre a dificuldade de compartilhamento de informações relativas às pessoas usuárias dos serviços, o que dificulta a continuidade da assistência destas pessoas na RAS. Para tanto, aponta enquanto enfrentamento desta fragilidade a estruturação de um sistema de informação clínica efetivo de todas as pessoas com condições crônicas e usuárias do sistema, o que inclui a utilização de prontuários clínicos informatizados, capazes de facilitar a identificação de pessoas com necessidades especiais de atenção segundo riscos, além de viabilizar a construção de planos de cuidados e a efetiva avaliação de seus resultados⁽¹⁷⁾.

Outro aspecto importante da atenção às condições crônicas consiste no respeito à autonomia do usuário, assim como, nas investidas de participação proativa, cujos benefícios

^d As Redes de Atenção à Saúde (RASs) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, objetivos comuns e uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS⁽¹⁷⁾.

incluem o favorecimento à adesão a mudanças do estilo de vida requerida pelo tratamento, o desenvolvimento de habilidades necessárias ao autogerenciamento da condição de saúde e a ampliação da adesão ao esquema terapêutico⁽²⁸⁾.

Desenvolve-se, nesta perspectiva, a atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, que reposiciona os usuários nas relações com os profissionais, de modo que os primeiros passam da condição de pacientes aos principais produtores sociais de sua saúde⁽¹⁷⁾. Este tipo de atenção colabora com a integração na rede de cuidados, e gera reflexos importantes sobre a *coordenação*.

Diante da complexidade da atenção às PVHA, é notório que tão importante quanto se investir no trabalho interdisciplinar, focado nas pessoas e não na doença, na prestação de uma atenção planejada, com acompanhamento permanente, atenção preventiva e tratamento rápido das agudizações, oferta de ações preventivas e educacionais voltadas à prevenção da infecção e apoio ao tratamento e à melhoria da qualidade de vida, com valorização de ações de autocuidado apoiado^(2,41-42); é investir na oferta de cuidado integral, na intersetorialidade e na efetividade da coordenação das ações dos diversos pontos de atenção à pessoa/família vivendo com HIV/aids. Afinal, isolados, profissionais, serviços de saúde, usuários e terceiro setor não respondem adequadamente às necessidades de cuidado impostos pela infecção/adoecimento/tratamento, por isso a importância da estruturação das RAS.

O bom funcionamento das RAS depende primordialmente da existência de trabalho compartilhado entre os profissionais dos pontos de Atenção Básica à Saúde (ABS), da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH); ressaltando que a forma mais efetiva e eficiente de relação entre estes pontos é a coordenação do cuidado, compreendida como a organização do cuidado entre os participantes envolvidos na atenção às pessoas para o alcance da prestação de serviços de saúde eficientes, efetivos e de qualidade⁽³³⁾.

Nesta perspectiva, constitui um desafio à construção das RAS a oferta de um cuidado coordenado onde haja trabalho em saúde pautado na atenção integral (com disponibilidade de elenco de serviços adequados às necessidades das pessoas) e integrada (com articulação de ações e serviços de saúde, dentro e fora do mesmo nível de atenção, para a satisfação das necessidades de cuidado destas pessoas).

A *integralidade* é um atributo da atenção primária à saúde que remete aos arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, não estando sua qualidade situada necessariamente na variedade de recursos disponíveis, mas na sua adequação às necessidades dos usuários. Trata-se de um elemento fundamental à produção do

cuidado que requer um alto nível de desempenho no reconhecimento de necessidades existentes na população para à qual se presta o cuidado⁽¹⁸⁾.

Já a *coordenação* é apresentada como outro atributo da Atenção Primária à Saúde, alcançada através da harmonia de ações ou esforços em comum a favor da atenção à saúde das pessoas. Tem como essência a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços utilizados anteriormente e o reconhecimento desta por parte dos serviços; revelando-se uma qualidade fundamental aos sistemas de saúde com a oferta da atenção em diferentes níveis e locais de prestação de serviços⁽¹⁸⁾.

Observa-se na literatura que os termos coordenação, continuidade e integração assistencial são utilizados como sinônimos de coordenação do cuidado, sobretudo quando se discutem necessidades de atenção a partir de diferentes fontes de provisão. É preciso, entretanto, considerar que há integração quando a coordenação alcança seu grau máximo, ou seja, a integração seria uma qualidade da atenção, obtida a partir da efetivação do cuidado coordenado. Este, por sua vez, pressupõe a conexão dos serviços de saúde ao longo do contínuo da assistência mediante a transferência de informações, de um objetivo comum que norteie a construção de planos de cuidados nestes diferentes pontos de atenção da rede, e da articulação dos serviços para que a atenção seja prestada em momentos e locais adequados às necessidades das pessoas e famílias⁽¹⁹⁾.

Mendes⁽¹⁷⁾, apoiado por outros autores, enfatiza que a coordenação do cuidado entre a atenção básica e o serviço especializado envolve um conjunto de atividades que poderiam ser categorizadas em dois domínios: a coordenação das atividades e os enfoques gerais.

O autor cita como fazendo parte da *coordenação das atividades* as seguintes iniciativas: estabelecimento e negociação de responsabilidades; ações que garantam a comunicação interpessoal e de transferência de informações; iniciativas de avaliação de necessidades de cuidado das pessoas usuárias, e, a partir destas, avaliação de metas e da coordenação da atenção necessárias em função das necessidades identificadas; elaboração de planos de cuidado proativos com a participação das pessoas, suas famílias e equipe de saúde, com a definição de metas de saúde e de coordenação a serem atingidas; monitoramento do plano de cuidados a partir de resultados sanitários e de coordenação; ações de apoio ao autocuidado; estabelecimento de relações com a comunidade para que sejam alcançadas as metas estabelecidas no plano de cuidados; e alinhamento dos recursos organizacionais às necessidades das pessoas/famílias usuárias.

Por sua vez, o domínio dos enfoques gerais da coordenação do cuidado envolve outros aspectos: a atuação de equipes capacitadas para a prestação da atenção centrada nas pessoas e

nas famílias; gestão do cuidado por meio de tecnologias de gestão da clínica; gestão de medicamentos e coordenação dos sistemas eletrônicos de informação clínica. A coordenação do cuidado a partir destes domínios poderá ser avaliada na perspectiva dos usuários/famílias, na perspectiva dos profissionais e na perspectiva do sistema de atenção à saúde⁽¹⁷⁾.

Para uma gestão eficiente e responsável dos recursos em direção à atenção das necessidades das pessoas na rede assistencial, é necessário o desenvolvimento de mecanismos de coordenação e cooperação nos planos da estrutura (gerando modificações na fronteira das organizações), da clínica (gerando modificações nas práticas profissionais) e da cooperação (gerando novos formatos de negociações entre atores e organizações)⁽¹⁶⁾.

Observa-se, tanto no plano teórico quanto das avaliações destes atributos no desempenho prático de serviços, que a integralidade (oferta/elenco de ações e de serviços) e a integração (existência de mecanismos de articulação entre os diferentes pontos ou fontes de provisão da atenção) são elementos cujas efetividades interferem uma sobre a outra na perspectiva da satisfação das necessidades de atenção à saúde das pessoas, sobretudo quando se almeja que a rede de serviços atue para se atingir objetivos comuns, conforme pressupõe o atributo da coordenação. Basta atentarmos, por exemplo, que embora nem todos os serviços sejam prestados num mesmo local, os profissionais têm a responsabilidade de reconhecer as necessidades de atenção à saúde e providenciar ou *coordenar* a prestação de serviços a serem disponibilizados em outros locais para que se obtenha um cuidado de qualidade⁽¹⁸⁾.

Estudo objetivando avaliar serviços de assistência especializada em Recife – PE sob a perspectiva da integralidade identificou que embora os SAE estudados apresentassem estrutura físico-funcional compatível com o que é preconizado nos documentos oficiais, as fragilidades apontadas na integralidade da assistência perpassavam pelo compartilhamento de tarefas, pela interação entre os profissionais e entre estes e os usuários, aspectos próprios da dimensão integração, com reflexos sobre a coordenação do cuidado nestes serviços⁽⁴²⁾.

Daí a ênfase do presente estudo sobre a oferta e a integração das ações e dos serviços para a análise da coordenação dos cuidados às pessoas com HIV/aids no contexto da atenção especializada, à luz da estratificação de risco clínico das pessoas atendidas.

2.3 DISPOSITIVOS DE COORDENAÇÃO NA PERSPECTIVA DA PRODUÇÃO E GESTÃO DO CUIDADO

O cuidado em saúde pode ser compreendido como resultante de uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes e relações interpessoais, mobilizados em um determinado tempo e espaço, para o atendimento a necessidades de atenção à saúde das pessoas⁽²⁹⁾.

Partindo desta concepção e considerando-se a amplitude do conceito de saúde e a pluralidade das naturezas das necessidades de atenção neste campo, o que se aplica ao caso das PVHA, ressalta-se a relevância da articulação entre as ações e serviços destinados à atenção a estas pessoas, para que haja transversalidade e produção do cuidado na RAS.

Por sua vez, planejar e produzir o cuidado em rede exige gestão, tanto dos serviços, quanto, numa visão mais ampla, da própria *produção do cuidado*, que envolve os modos como se organizam os serviços e os encontros produzidos entre trabalhadores e usuários⁽⁴³⁾.

Nos microespaços de provisão ou produção do cuidado, o trabalhador de saúde incorpora seu papel de cuidador na medida em que mobiliza tecnologias leves (tecnologias de relação como vínculo, acolhimento e responsabilização) leves-duras (conhecimento técnico científico que operam no processo de trabalho em saúde) e duras (equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais) nos processos da clínica e da gestão. Neste contexto devem ser consideradas como diretrizes para a provisão de um cuidado de qualidade o atendimento às reais necessidades, o compromisso com a defesa da vida e do bem estar, o respeito à autonomia dos usuários e a valorização e efetivação da cooperação intersetorial na oferta de ações e serviços^(38,44).

Por sua vez, no contínuo da assistência dentro da RAS, a produção do cuidado requer a combinação de intencionalidades entre os pontos de atenção, para o planejamento e mobilização de recursos necessários e efetivos, tendo como foco as necessidades dos usuários, bem como a utilização de instrumentos e estratégias de articulação entre profissionais (que exercem diferentes papéis) e unidades de saúde (que dispõem de aportes tecnológicos distintos)⁽³⁸⁾.

Ressalta-se, nos dois contextos, a importância da mobilização de competências de *gestão do cuidado* por parte dos profissionais/serviços/sistema, a qual envolve três dimensões fortemente inter-relacionadas: dimensão profissional, dimensão organizacional e dimensão sistêmica⁽⁴⁵⁾.

Na primeira dimensão as competências referem-se às responsabilidades profissionais na gestão do cuidado, incluindo a postura ética do trabalhador (como ele concebe o ser que necessita de seus cuidados); a mobilização do conhecimento técnico-científico na busca pelas melhores respostas para os problemas dos usuários; e a capacidade de criação de um bom vínculo profissional-usuário⁽⁴⁵⁾.

Na segunda dimensão estão as competências organizacionais, visto que o processo de institucionalização das práticas de saúde fez com que a dimensão profissional da gestão do cuidado se desenvolvesse em contextos organizacionais. Nesta dimensão incluem-se: a provisão de recursos relativos ao registro e uso da informação, à criação de espaços de conversação e troca; o estabelecimento de fluxos de pacientes; a normalização de processos de trabalho; o compartilhamento de responsabilidades, dentre outros aspectos que configuram uma nova lógica de responsabilidade gerencial e conformação da dinâmica de relacionamento das equipes e setores⁽⁴⁵⁾.

Por fim, a dimensão sistêmica se baseia no reconhecimento que a produção do cuidado envolve um conjunto de serviços de saúde com suas diferentes funções e tecnologias, assim como os diferentes fluxos de utilização dos serviços pelos usuários, e que requerem a utilização de protocolos, a instituição de centrais de vagas ou de marcação de consulta. Esta dimensão envolve, portanto, a complexa “redes de cuidado” institucionais, operadas por intermédio de processos formais de referência e contra referência, que favorecem a movimento dos usuários por um conjunto articulado de serviços de saúde, de complexidades diferentes e complementares entre si, na perspectiva de garantir o acesso às tecnologias de cuidado de que necessitam⁽⁴⁵⁾.

Este sistema, que é regido por regras e responsabilidades, é objeto de gestão, demandando estratégias de coordenação, avaliação e controle. Partindo destes pressupostos, compreende-se que a coordenação do cuidado e os desafios inerentes a sua efetividade, podem (e devem) ser compreendidos no universo da gestão e produção do cuidado em saúde.

A efetivação da coordenação do cuidado no sistema envolve negociação e estabelecimento de responsabilidades e a utilização de dispositivos (elementos que se encontram no plano da estrutura) e mecanismos (elementos do plano do processo) para garantia da comunicação e articulação necessárias à continuidade do cuidado. Não obstante, estes dispositivos e mecanismos podem (e devem) ser elencados como objeto de avaliação do atributo coordenação nos sistemas de saúde^(17,19,33).

2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E AS PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

Avaliar serviços, políticas ou tecnologia em saúde tem sua relevância focada nas contribuições que o processo avaliativo resguarda, no campo da gestão, para a racionalização de decisões em saúde e para a implementação de práticas de saúde necessárias e efetivas⁽⁴⁶⁾.

A partir de procedimentos pautados no método científico, a avaliação sistemática objetiva, segundo o mesmo autor, a identificação de informações pertinentes, para que se possa julgar o mérito e o valor do objeto de maneira racional e justificável, consistindo, portanto, em um método de pesquisa⁽⁴⁶⁾.

A avaliação é um campo de conhecimento em crescimento, que deve ser compreendida como atividade dinâmica no tempo, da qual participam atores diversos (cujos contextos de análise podem alterar o resultado), e são utilizados métodos e competências variadas⁽⁴⁷⁾.

Discorrendo-se sobre a exploração de caminhos na pesquisa avaliativa em saúde, Hartz esclarece que as contribuições do *modelo sistêmico de avaliação* concentram-se na proposição de metodologias que permitem que o problema de pesquisa seja compreendido no todo do sistema em que está inserido (expansionismo), e na sua perspectiva de unidade, que envolve a compreensão do conjunto de subsistemas que formam este todo (reducionismo)⁽³²⁾.

A avaliação da coordenação numa perspectiva sistêmica pressupõe a compreensão de que um projeto clínico que responda à complexidade e incerteza dos problemas de saúde não pode resultar apenas das relações entre organizações e profissionais, reconhecendo que as relações locais repercutem sobre os demais níveis e instâncias política e decisórias⁽¹⁶⁾.

Portanto, ao analisar a coordenação, até os condicionantes assistenciais da saúde devem ser avaliados na perspectiva da complexidade e vulnerabilidade de suas articulações, levando-se em consideração suas intencionalidades⁽³²⁾. Nesta perspectiva teórica, a avaliação contribui para ampliar o sentido dos *programas*, cujas intervenções devem ser compreendidas dentro de uma estrutura e de um conjunto de relações de poder, de onde emergem seu sentidos e importância.

Ciente da relevância de se compreender a oferta e a integração de ações e de serviços de saúde inerentes à assistência ambulatorial especializada a pessoas com HIV/aids como elemento importante do sistema (rede) de assistência, e considerando estes elementos como ações programáticas, ficam evidentes as contribuições de focalizar a avaliação de indicadores destas dimensões no tocante as suas pertinências em relação às proposições éticas e técnicas da Política/Programa destinados ao enfrentamento da aids. Trilha-se por este caminho uma

avaliação normativa, que consiste em fazer um julgamento acerca de uma intervenção a partir de critérios e normas⁽³²⁾.

No contexto deste tipo de avaliação, poder-se-ia focalizar a apreciação da *estrutura*, do *processo* ou do *resultado*, uma das ferramentas mais utilizadas para avaliar a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde propostas por Donabedian⁽³⁰⁾, a qual fundamentou a avaliação de programas proposta por Tanaka e Melo⁽³¹⁾ e a avaliação da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde, por Starfield^{e (18)}.

A avaliação da *estrutura* focaliza a adequação dos recursos para se atingir um resultado esperado. Já o *processo* focaliza a adequação dos serviços numa perspectiva técnica, das relações interpessoais ou organizacionais, permitindo a avaliação de atributos de continuidade, coordenação, trabalho em equipe, sequência de assistência e formas de atendimento (assistência) de usuários. Por fim, os *resultados* são analisados na perspectiva do que se esperava deles, considerando-se as mudanças no estado atual da saúde das pessoas, atribuíveis aos cuidados (intervenção) prestados^(32,48).

Caberia, portanto, agregar à qualidade normativa da avaliação qualidades da *pesquisa avaliativa*⁽³²⁾, utilizando-se de recursos teórico e metodológico (método científico) no emprego do julgamento *ex-post* de uma intervenção. Neste tipo de avaliação a análise enfocaria a pertinência estratégia, a produtividade, os efeitos, o rendimento, a implantação e a avaliação da relação existente entre os objetivos da intervenção e os meios empregados (análise lógica), o que caracteriza a chamada *análise da intervenção*, que mais se aplicaria à avaliação da oferta e integração das ações e serviços de saúde na perspectiva deste estudo⁽⁴⁷⁾.

Não se trata propriamente de definir o grau de aproximação entre o projeto ético-político e sua realização técnico-operativa⁽⁴⁹⁾, mas a avaliação das contribuições de aspectos relacionados à *oferta e integração de ações e serviços* para a efetividade da coordenação do cuidado no contexto da atenção especializada.

A avaliação da dimensão *oferta de serviços*, denominada por Starfield⁽¹⁸⁾ como integralidade, pressupõe o foco sobre os arranjos para que o paciente receba, considerando sua necessidade, todo tipo de serviço de atenção à saúde, incluindo aqueles que a unidade oferece e os encaminhamentos para consultas especializadas, serviços de maiores densidades tecnológicas, intervenção domiciliar e outros préstimos comunitários.

^e Os fundamentos propositivos de avaliação no campo da saúde sistematizados por Donabedian nos componentes estrutura, processo e resultado, sugerem a utilização de instrumentos quantitativos, e focalizam o desempenho do profissional médico em contexto de instituições de saúde⁽⁵⁰⁾, sendo este último aspecto dissonante das proposições avaliativas dos autores Tanaka e Melo⁽³¹⁾ e Starfield⁽¹⁸⁾.

A avaliação da dimensão *integração*, por sua vez, pressupõe o foco sobre a continuidade do cuidado, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas e o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados⁽¹⁸⁾.

A abordagem institucional de avaliação desta dimensão compara os serviços disponíveis à variedade de demandas de atenção à saúde dos usuários, focalizando também a competência da equipe para lidar com uma ampla variedade de problemas ou a existência de uma abordagem sistemática para providenciar em outros locais da rede a atenção às necessidades identificadas⁽¹⁸⁾.

Sabendo-se que o cuidado continuado de pessoas com HIV/aids requer um processo de diálogo contínuo entre os agentes dos diferentes pontos de atenção, alguns indicadores de avaliação da coordenação do cuidado ambulatorial voltado a estas pessoas são a qualidade das informações sobre as condições de saúde dos usuários, os registros resultantes do seu atendimento nos serviços, desenvolvimento de formas sistemáticas de executar a transferência destas informações (o componente estrutural da coordenação) e o reconhecimento de informações por parte dos profissionais do serviço (componente processual ou de desempenho da coordenação)⁽¹⁸⁾.

Um estudo internacional sugere alguns indicadores de avaliação nos planos da estrutura, do processo e do resultado, sistematizados em duas dimensões de análise: gestão da informação e gestão do usuário⁽¹⁹⁾.

Na dimensão gestão da informação os indicadores de avaliação, no plano da estrutura, consistem na disponibilidade de mecanismos de transferência de informações de um nível de cuidados para outro, mecanismos para favorecer a acessibilidade e utilização de informações compartilhadas. No componente processo, os indicadores de avaliação desta dimensão incluem a transferência, utilização e interpretação da informação pelos provedores de cuidados. E como indicadores de resultados citam-se a duplicação desnecessária de recursos (como exames, medicamentos etc) e condutas ofertadas para um mesmo usuário, por serviços de níveis assistenciais distintos.

A segunda dimensão de análise da coordenação focaliza a avaliação de mecanismos necessários à coordenação do usuário no contínuo da assistência (dentro da rede). Para tanto, os autores propõem como indicadores de estrutura a existência de guias de prática clínica e de fluxos. Como indicadores de processo, a utilização de estratégias de articulação entre profissionais/serviços para este acompanhamento, bem como o atendimento dos usuários nos serviços ao longo do contínuo da assistência. Como indicador de resultado, propõe-se a

avaliação de metas inerentes ao cuidado implementado, como taxa de internações de emergência (não programada) nos 28 dias pós-alta devido ao mesmo diagnóstico principal; taxa de exacerbações ou descompensações tratadas no centro de saúde primários ou serviços de emergência; taxa de hospitalizações evitáveis; e percentual de pacientes com complicações evitáveis.

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de pesquisa epidemiológica transversal, do tipo inquérito, de natureza avaliativa.

Como pesquisa transversal do tipo inquérito, propôs-se a descrição dos fenômenos de interesse em uma determinada realidade, com base em avaliação individual, e cuja utilidade se destina à realização de diagnósticos comunitários⁽⁵¹⁾ com potenciais para auxiliar o planejamento da assistência na rede de cuidados.

Nesta perspectiva, esse tipo de estudo permitiu o conhecimento e descrição das características (e distribuições) sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao acompanhamento dos usuários, bem como de peculiaridades da oferta e integração das ações e dos serviços de saúde prestados às PVHA, em tratamento e acompanhadas em ambulatório especializado da rede de atenção à saúde do estado da Paraíba, para a análise (diagnóstico) da coordenação do cuidado neste contexto da rede assistencial.

A pesquisa avaliativa⁽³²⁾ do tipo normativa fundamentou a investigação da adequação dos recursos e dos serviços para a coordenação do cuidado, avaliando-se especificamente as dimensões técnica e organizacional da oferta e da integração das ações e dos serviços de saúde em estudo. Para tanto, utilizou-se o referencial metodológico da avaliação dos componentes *estrutura* e *processo* propostos por Donabedian⁽³⁰⁾ e adaptados por Tanaka e Melo⁽³¹⁾ e Starfield⁽¹⁸⁾.

A avaliação da *estrutura* focalizou a adequação dos recursos para a provisão de cuidado coordenado, ao passo que o *processo* focalizou a adequação dos serviços numa perspectiva técnica, das relações interpessoais e organizacionais para a exequibilidade do atributo coordenação.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estado da Paraíba tem uma população de 3.766.834 habitantes, distribuída em 223 municípios, os quais estão organizados em 4 macrorregiões assistenciais de saúde, agregando cada uma um determinado número de municípios de acordo com as características demográficas, socioeconômicas, sanitárias, epidemiológicas, de acessibilidade, de oferta de serviços de saúde e de relações intermunicipais. A primeira macrorregião é polarizada pelo município de João Pessoa, a segunda por Campina Grande, a terceira por Patos e a quarta por Souza⁽⁵²⁻⁵³⁾.

Atuam nas macrorregiões 16 Gerências Regionais de Saúde, com capacidade funcional para administrar as ações técnico-administrativas em saúde do estado e cujas sedes situam-se nas cidades de João Pessoa, Guarabira, Esperança, Cuité, Monteiro, Patos, Piancó, Catolé do Rocha, Cajazeiras, Souza, Princesa Isabel, Itabaiana, Pombal, Mamanguape, Queimadas e Campina Grande⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾.

Os municípios de João Pessoa e Campina Grande representam as sedes de macrorregiões de saúde responsáveis por atender às maiores demandas provenientes das cidades e até de estados vizinhos, sobretudo João Pessoa, sede da primeira macrorregião que concentra os serviços especializados e de alta complexidade para a maioria das doenças e agravos epidemiologicamente importantes na região⁽⁵⁴⁾, incluindo a infecção pelo HIV e aids.

A rede de atenção especializada a pessoas com HIV/aids na Paraíba conta com a oferta de serviços para diagnóstico da infecção e assistência a pessoas/famílias.

Em 2012 era formada por cinco Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), sendo três no município de João Pessoa, um em Pombal e um em Princesa Isabel; sete Serviços de Atenção Especializada (SAE), localizados nos municípios de Cabedelo, Santa Rita, Patos, dois em Campina Grande e dois em João Pessoa (um dos quais é referência para o acompanhamento de gestantes e crianças); dois serviços de Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT) e dois Hospitais Dia (HD), sediados em Campina Grande e João Pessoa, e dois Hospitais de referência, o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) em Campina Grande e o Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga (CHCF) em João Pessoa. Este último é credenciado para tratamento da lipodistrofia, com a realização de preenchimento facial no próprio serviço ambulatorial.

Ressalta-se que a partir de 2012, período do estudo, houve investimentos na descentralização da oferta de testes rápidos para diagnóstico de HIV/aids, sífilis, hepatites B e C para os serviços de atenção básica, sobretudo com a implementação do programa federal *Rede Cegonha*, que objetivou, dentre outros, qualificar o pré-natal para fortalecer o diagnóstico precoce destas infecções, e o resultante fechamento dos serviços que eram exclusivamente Centro de Testagem e Aconselhamento e Centro de Orientação e Apoio Sorológico (CTA/COAS) na Paraíba.

A rede assistencial inclui ainda as Unidades de Saúde da Família (USF) dos respectivos municípios, a cargo das gestões municipais, e Organizações Não Governamentais com atuação em HIV/aids (ONG/aids), as quais estão organizadas na Paraíba em dois grupos de controle social: o Fórum Estadual de ONG/Aids da Paraíba e a Articulação Aids na Paraíba. O primeiro é formado por ONGs voltadas à prevenção e o segundo por ONGs

voltadas à assistência, ambos com ações sendo desenvolvidas, sobretudo em João Pessoa e Campina Grande, respectivamente sedes da primeira e segunda macrorregiões de saúde.

Do grupo Articulação Aids na Paraíba fazem parte as ONGs com atuação em Campina Grande: o Grupo de Apoio à Vida (GAV), Rede Nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/Aids, núcleo de Campina Grande/PB (RNP+CG-PB), Esperança no Amanhã (ENA). Com atuação em João Pessoa: a Missão Nova Esperança e Grupo de Apoio à Adesão a Medicamentos e Tratamento em HIV/Aids (GAAMT).

Fundada em 2001, a Missão Nova Esperança tem parceria com o CHCF, atuando como casa de apoio para as pessoas residentes fora da grande João Pessoa, e desenvolvendo projetos voltados tanto para apoio ao tratamento de crianças/cuidadores, quanto de adultos vivendo com HIV/aids. Desenvolve desde então atividades de orientação e acompanhamento durante o diagnóstico e início do tratamento, visitas domiciliares na grande João Pessoa para avaliação do contexto familiar e das condições de higiene e alimentação das crianças, e outros fatores que possam interferir na adesão ao tratamento; de fornecimento de cestas básicas para aquelas famílias com vulnerabilidade social indicadas pelos serviços sociais do CHCF e do SAE materno infantil/HULW; desenvolve atividades de educação em saúde voltadas para o cuidado, direitos sociais e combate à discriminação, e de suporte aos cuidadores de crianças com HIV/aids; além de desenvolver cursos de qualificação profissional para os adultos.

O Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga (CHCF), cenário do estudo, é referência especializada no estado da Paraíba para o tratamento de pessoas com DST/HIV/aids/hepatites virais, tuberculose e hanseníase, sendo o serviço pioneiro no diagnóstico e tratamento do HIV/aids no estado, ofertando atendimento ambulatorial, serviço de pronto atendimento e de internamento hospitalar, incluindo o de terapia intensiva.

Com 137 leitos de internamento, sendo aproximadamente 35% (48) destinados a pessoas com HIV/aids, o Complexo presta atendimento ambulatorial nas áreas de infectologia (DST/HIV/aids), pneumologia, dermatologia, pediatria, cardiologia, endocrinologia, psiquiatria, neurologia, neurocirurgia, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular e geral, gastroenterologia, angiologia, hepatologia, odontologia, nefrologia, urologia, proctologia, otorrinolaringologia, ginecologia e homeopatia. Conta com farmácia ambulatorial, brinquedoteca e salão de jogos para os internos, salas de pequenas cirurgias, laboratório de microbiologia com realização de diagnóstico para HIV/aids, baciloscopia, uranálise, parasitologia e imunologia; nutrição, humanização e fisioterapia, além de uma capela.

A equipe multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e odontólogos, tendo como missão prestar um serviço especializado com qualidade técnica e de humanização em benefício a pessoas com doenças infecciosas.

O SAE funciona em dois turnos (manhã e tarde) com atuação de duas equipes, sendo a equipe da manhã formada por três médicos, dois enfermeiros e dois técnicos de enfermagem, e a equipe da tarde formada por três médicos, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. A sistemática de acompanhamento dos usuários do SAE é trimestral para os casos estáveis, com a redução deste tempo quando há agudizações.

O CHCF é referência no caso de epidemias e cenário para ensino e pesquisa em doenças infecciosas e parasitárias, constituindo-se em campo de estágio de variadas formações na área de saúde.

3.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA E AMOSTRAGEM

A população do estudo foi constituída por 1260 indivíduos que vivem com aids no estado da Paraíba, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), de 1980 até junho de 2011, em uso de TARV por período superior a seis meses, com idade mínima de 18 anos, não pertencentes ao sistema prisional e não gestantes^f.

A amostra foi definida pelo cálculo amostral para populações finitas, admitindo-se um nível de significância de 5% e, um erro amostral (d) de 0,8 sob nível de confiança de 95%. Adotou-se o valor antecipado para P igual a 0,50. Assim, o número mínimo de participantes foi determinado pela expressão: $n = Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N / d^2 (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q$. Após o desenvolvimento da expressão, chegou-se ao valor 135. Considerando-se ainda as perdas na captação e outros eventos, utilizou-se a correção para uma perda potencial de 10% e, determinou-se que o tamanho da amostra seria $(135/0,90) = 150$ participantes.

O processo de amostragem foi não probabilístico, por acessibilidade, visto que interessava ao estudo a participação apenas de pessoas em tratamento e que utilizassem os serviços onde a pesquisa foi desenvolvida no sentido de evitar a ocorrência de viés de informação.

^f Pessoas integrantes do sistema prisional e gestantes foram excluídas da população do estudo por apresentarem especificidades quanto ao protocolo de acompanhamento e em virtude deste não realizarem acompanhamento do tratamento no local do estudo.

3.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre julho de 2011 e julho de 2012 através da aplicação de um formulário estruturado (anexo A), elaborado pelo Grupo de Estudos Operacionais em HIV/Aids da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, com base nas Recomendações do Ministério da Saúde para TARV em adultos infectados pelo HIV, variáveis contidas no protocolo de acompanhamento ambulatorial do paciente com HIV/aids da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais⁽⁵⁶⁾ e na metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de ABS do SUS para o controle da tuberculose⁽⁵⁷⁾.

O instrumento utilizado abrange 74 questões, organizadas em quatro seções: I - Dados sociodemográficos; II - Dados gerais sobre o acompanhamento dos casos; III – Dados sobre a oferta de ações e serviços de saúde; IV – Dados sobre a integração de ações e serviços de saúde.

Para a análise da confiabilidade do instrumento utilizou-se o coeficiente *Alfa de Cronbach*, cujo valor foi 0,789, considerado razoável para a afirmação da consistência interna do instrumento aplicado⁽⁵⁸⁾. Verificou-se ainda que cada item que o compõe, ao ser retirado, não altera fortemente o valor desta medida, sugerindo haver um equilíbrio da participação de cada variável na estruturação do instrumento.

As seções I e II contemplaram questões com possibilidades de respostas dicotômicas ou de múltipla escolha, cujos dados foram obtidos por meio de fontes primária (entrevista com usuários do SAE) e secundária (consulta ao prontuário, fichas do SINAN e livros de registros do SAE).

As seções III e IV reuniram as questões cujas respostas foram obtidas por meio de entrevistas, com possibilidades intervalares em escala tipo *Likert*, e com valores situados entre 1 e 5 que representavam ascendentemente a condição de concordância dos usuários do ambulatório com as afirmações, sendo que a resposta mais desfavorável recebeu o valor mais baixo (1) da escala e a mais favorável recebeu o valor mais alto (5). Algumas questões do tipo dicotômicas e de múltipla escolha com resposta única foram incluídas nestas duas últimas seções para a obtenção de informações complementares.

As entrevistas foram realizadas no ambulatório do CHCF, nos turnos manhã e tarde, em locais previamente acordados com a equipe de saúde e considerando-se a adequação do espaço para resguardar a privacidade dos participantes. A duração média das entrevistas foi de

35 minutos após o fornecimento de informações sobre a natureza, objetivos e prováveis contribuições do estudo.

Algumas dificuldades vivenciadas durante a coleta de dados incluíram o alcance da amostra, visto que da totalidade dos casos notificados, muitos não faziam acompanhamento no Sistema Único de Saúde, exceto a obtenção dos medicamentos antirretrovirais; a recusa de alguns candidatos a participarem do estudo, que mesmo indicados pela equipe negaram a condição de soropositividade durante a abordagem pelo entrevistador; e a falta de disponibilidade de uma sala para a coleta de dados que colaborasse com a privacidade requerida à obtenção das informações de interesse da pesquisa. Como medidas de enfrentamento das dificuldades foram efetuadas reuniões de apresentação do projeto para a equipe do SAE, que em seguida passou a contribuir mais efetivamente com a divulgação entre os usuários do serviço sobre a existência da pesquisa antes da abordagem do entrevistador.

3.5 VARIÁVEIS UTILIZADAS NO ESTUDO

Para o alcance do primeiro objetivo específico (caracterização sociodemográfica, clínica e do acompanhamento dos participantes) foram selecionadas variáveis das seções I e II do instrumento, as quais contemplaram: sexo, faixa etária, cor/raça, estado civil, escolaridade, situação empregatória, classificação econômica, moradia, comportamento sexual, transmissão, tempo de tratamento, (motivo da) procura do diagnóstico e sistema de saúde utilizado.

Para o alcance do segundo objetivo específico (estratificação de risco clínico dos participantes) foram utilizados os resultados de linfócitos T-CD4+/CD8 (LT-CD4+), carga viral (CV), a presença de doenças oportunistas, presença de doenças crônicas e de manifestações clínicas.

Já as variáveis utilizadas para análise dos componentes oferta e integração das ações e serviços de saúde, na perspectiva das contribuições destes componentes para a coordenação do cuidado, no contexto em estudo, estão expressas no quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis utilizadas na análise da oferta e da integração das ações e serviços de saúde. João Pessoa/PB, 2012.

(continua)

<i>Componentes</i>	<i>Variável</i>
Oferta	Consulta médica de rotina
	Consulta com a equipe de enfermagem
	Atendimento de intercorrência
	Apoio psicológico
	Atendimento da assistência social
	Atendimento ginecológico
	Atendimento odontológico
	Avaliação da função auditiva
	Avaliação dermatológica
	Visita domiciliar
	Grupo de apoio/troca de experiência/confraternização no serviço
	Informações e estímulo à participação em ONG/Aids com atuação do estado/município
	Avaliação e acompanhamento da situação de saúde do parceiro e/ou familiar
	Orientações sobre planejamento reprodutivo
	Orientações sobre sexualidade e uso de preservativos
	Orientações sobre alimentação e nutrição
	Orientações sobre uso correto dos medicamentos
	Orientações sobre efeitos colaterais dos medicamentos
	Orientações sobre redução do uso de álcool, cigarro e outras drogas
	Orientações sobre critérios e processo de solicitação de benefícios do governo
	Orientações sobre vacinas
	Vacinas
	Contagem de LT-CD4+
	Detecção de CV
	Oferta de outros exames
	Raio X*
	Exame de escarro*
	Prova Tuberculínica (PT)
	Medicamentos ARV
	Medicamentos para evitar/diminuir efeitos colaterais da TARV
	Medicamentos para prevenir doenças oportunistas
	Preservativos

Quadro 1 – Variáveis utilizadas na análise da oferta e da integração das ações e serviços de saúde. João Pessoa/PB, 2012.

(continuação)

<i>Componentes</i>	<i>Variável</i>
Integração	<p>Leitura de informações do prontuário/ficha pelo profissional durante a consulta</p> <p>Anotações dos profissionais em prontuário</p> <p>Recebimento de resultados de exames impressos</p> <p>Disponibilidade de resultados de exames durante o comparecimento no serviço</p> <p>Aviso sobre agendamento de consulta de retorno</p> <p>Obtenção pelos profissionais de informações sobre a regularidade do uso dos medicamentos</p> <p>Obtenção pelos profissionais de informações sobre a ocorrência de efeitos colaterais da TARV</p> <p>Obtenção pelos profissionais de informações sobre intercorrências relacionadas à doença</p> <p>Obtenção pelos profissionais de informações sobre condições de vida</p> <p>Obtenção pelos profissionais de informações sobre recebimento de apoio dos familiares/parceiros/amigos para o tratamento</p> <p>Contato do serviço com ONGs ou outros equipamentos sociais para contribuir com o tratamento</p> <p>Encaminhamento para atendimento em outro serviço</p> <p>Indicação dos locais de atendimento</p> <p>Auxílio na marcação de consultas</p> <p>Disponibilidade de comprovante de marcação de consultas</p> <p>Fornecimento de informações escritas sobre a situação de saúde do cliente que demandou o encaminhamento</p> <p>Realização do atendimento para o qual foi encaminhado</p> <p>Retorno à unidade com informações escritas sobre os resultados da consulta a outro serviço</p> <p>Discussão dos resultados das consultas realizadas em outro serviço por outros profissionais</p> <p>Interesse dos profissionais de obter informações sobre a resolutividade do encaminhamento</p>

* na presença de sintoma respiratório, febre e emagrecimento

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados (dupla entrada) em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel 2003*, transferidos e armazenados no *Software Statistica 9.0* da *Statsoft*, e analisados por meio de técnicas estatísticas descritivas e inferenciais com intervalos de confiança a 95%, e testes de hipóteses com nível de significância de 5%. Nestes últimos, rejeitou-se a hipótese nula do teste estatístico nos casos em que o Valor-p foi menor que 0,05.

As variáveis utilizadas na caracterização sociodemográfica, clínica e do acompanhamento dos participantes do estudo foram submetidas ao cálculo de medida de frequência para análise das distribuições.

Para a estratificação de risco clínico dos participantes, a princípio atribuiu-se os indicadores 1, 2 e 3 aos valores de linfócitos T-CD4+/CD8 (LT-CD4+), carga viral (CV), quantidade de doenças oportunistas, quantidade de doenças crônicas e quantidade de manifestações clínicas de cada participante, considerando-se os parâmetros laboratoriais e clínicos preditivos de prognóstico, resposta à TARV, magnitude para principais condições oportunistas e complicações clínicas⁽⁵⁹⁾. Aos parâmetros positivos de cada variável atribuiu-se o valor mais baixo (1) e aos negativos, o mais alto (3). Obteve-se, a partir do somatório dos indicadores das cinco variáveis para cada participante, a determinação de uma medida quantitativa de risco de instabilidade clínica, cujos valores situaram-se numa escala de 5 a 14, categorizadas da seguinte forma:

- risco baixo (=5) = LT-CD4+ > 500 cel/mm³ (=1) + CV indetectável (=1) + nenhuma doença oportunista (=1) + nenhuma doença crônica (=1) + nenhum sinal e sintoma(=1);
- risco médio (=6) = LT-CD4+ entre 200 e 500 cel/mm³(=2) + CV indetectável (=1) + nenhuma doença oportunista (=1) + nenhuma doença crônica (=1) + nenhum sinal e sintoma(=1);
- risco alto (>6) = LT-CD4+ > 200 cel/mm³(=3) + CV detectável (=2) + nenhuma doença oportunista (=1) ou ocorrência de uma doença oportunista(=2) ou duas doenças oportunistas (=3) + ocorrência de uma doença crônica (=2) ou duas doenças crônicas (=3) + ocorrência de um dois (=2) ou mais sinais e sintomas (=3).

Ressalta-se que para a composição do escore que determinou o estrato todas as variáveis foram obrigatoriamente consideradas, sendo a quantificação do LT-CD4+ o indicador prioritário na determinação desta medida, considerando-se o resultado da análise de correspondência múltipla aplicada para analisar a associação entre risco clínico e suas variáveis influentes (pag. 63).

A partir da então foi analisada a distribuição dos participantes nos estratos de risco (variável categorizada) através de cálculo de medida de frequência, e a associação entre o risco (variável categorizada) e suas variáveis componentes através de teste Qui-quadrado (χ^2) e da estatística *d de Somers*.

Através de análise de correspondência múltipla avaliou-se a associação entre o risco (variável categorizada) e sua variáveis componentes (LT-DC4+, CV, quantidade de doenças

oportunistas, quantidade de doenças crônicas e de manifestações clínicas), obtendo-se na dimensão 1 percentual de 43,7 da inércia total, e medida de fidedignidade mais aceitável (*Alfa de Cronbach* = 0,742) em relação à dimensão 2 (24,8% da inércia total), com poder de explicação de ambas totalizando 68,5%.

Para a análise das contribuições das variáveis componentes na construção do escore risco dicotomizado, aplicou-se o modelo de regressão logística multivariada, com variável dependente y = risco, onde y sem risco = 0, e y com risco = 1. No modelo aplicado obteve-se, através do teste geral para nulidade dos parâmetros, valor p ($< 0,05$) desejável para sua utilização; R^2 de Nagelkerke (= 0,99) com valor próximo de 1; teste de Hosmer-Lemeshow (valor $p > 0,05$) aceitando a hipótese de adequação dos dados ao modelo; obtendo-se na matriz de classificação percentual de acerto de 99,8%.

Considerando que segundo o teste de Levene (valor $p < 0,05$) ocorreu a heterogeneidade, e segundo o teste de Komogorov-Smirnov (valor $p < 0,001$) a variável dependente risco não apresentou distribuição normal, utilizou-se análise de variância robusta (*f da ANOVA*) ou teste- t para a verificação da significância de fatores sociodemográficos e de fatores relacionados ao acompanhamento clínico dos usuários sobre o risco. Nas situações em que ocorreu resultado significativo no modelo ANOVA, utilizaram-se as comparações múltiplas das categorias dos fatores por meio do teste de Tukey.

Através do modelo de regressão logística múltipla foi observada a influência dos fatores (sociodemográficos, clínicos e do acompanhamento clínico) sobre o risco, com variável desfecho risco categorizado apresentada de forma dicotômica em presente (=1) e ausente (=0). Para a aplicação do modelo, o teste geral para nulidade dos parâmetros foi rejeitado (valor $p < 0,001$), uma condição básica para sua aplicação (omnibus tests); o R^2 de Nagelkerke (68,0%) afirmou o grau de ajuste aos dados numa escala de 0-100; o teste de Hosmer-Lemeshow (valor- $p = 0,490$) mostrou que o modelo prevê uma classificação próxima à observada pelo risco real; e o grau de acerto na matriz de classificação (matriz de confusão) foi de 86,2%.

A análise da oferta e da integração das ações e serviços baseou-se na satisfação dos participantes em relação a cada variável destes componentes (oferta e da integração), a qual foi expressa numa escala de 1 a 5, sendo verificados os valores medianos de satisfação.

Com vistas à construção da variável “oferta”, determinou-se o escore soma às respostas de todos os participantes para o conjunto de variáveis do componente, dando origem ao escore bruto. A partir da determinação dos quartis foi construída a variável oferta categorizada, determinando-se como oferta insatisfatória (1) os escores com valores inferiores

ao primeiro quartil (<25%); como oferta regular (2) os escores com valores entre o primeiro e o terceiro quartil (25-75%); e como oferta satisfatória (3) os escores com valores superiores ao terceiro quartil (>75%). Para a construção da variável Integração e Integração Categorizada foram adotados procedimentos análogos ao conjunto de variáveis do componente integração.

Ao conjunto de variáveis da oferta aplicou-se ainda análise de agrupamento hierárquica através do método ligação média (*average linkage*) com métrica euclidiana.

As variáveis tanto da oferta quanto da integração foram categorizadas em dimensões segundo a similaridade de seus conteúdos, dando origem a cinco dimensões de análise da oferta. Já a integração foi analisada sob duas perspectivas, nível de integração, com duas dimensões (integração interna e integração externa) e operacionalidade da integração, também com duas dimensões (gestão da informação e gestão do usuário).

No contexto de cada dimensão verificou-se a distribuição (frequência) na escala de satisfação (escala de 1 a 5), e a soma dos indicadores do conjunto de variáveis, dando origem a escores brutos de satisfação. Estes escores foram transformados em percentuais (escala de 0 a 100) através da equação:

$$\text{escore \%} = (\text{escore} - \text{mínimo escore}) \times 100 / (\text{máximo escore} - \text{mínimo escore})$$

Este procedimento foi utilizado para dirimir os possíveis vieses oriundos das diferenças na composição das variáveis de cada dimensão, tornando possível a aplicação de teste de hipótese para comparar a satisfação em relação às dimensões de cada componente avaliado (oferta e integração).

Para a comparação dos escores percentuais da satisfação de cada dimensão da integração foi utilizado o teste não paramétrico Wilcoxon (uma vez que o teste de Shapiro-Wilk mostrou distribuição não normal para as variáveis).

Em seguida, a análise das dimensões da oferta e da integração baseou-se no cálculo de média dos percentuais de satisfação dos usuários, respectivos desvios padrão (DP) e intervalos de confiança a 95% (IC).

Aplicou-se ainda análise de correspondência simples para explicar a associação entre oferta e risco (utilizando-se as variáveis categorizadas). Neste modelo foram obtidas duas dimensões, sendo a dimensão 1 a de maior poder explicativo (92,1 % da inércia total) do que a dimensão 2 (7,9% da inércia total), com inércia de ambas totalizando 100%.

O mesmo modelo (análise de correspondência simples) foi utilizado para explicar a associação entre os escores brutos da integração e do risco, o qual apresentou na dimensão 1 maior poder explicativo, com 98,3% da inércia total, do que a dimensão 2 (1,7% da inércia total), as duas dimensões alcançando inércia total de 100%.

Para explicar a associação entre risco, oferta e integração (utilizando-se as variáveis categorizadas), aplicou-se análise de correspondência múltipla, obtendo-se na dimensão 1 maior poder explicativo (inércia= 0,539) do que a dimensão 2 (inércia=0,484), havendo pouca diferença na fidedignidade das duas dimensões (*Alfa de Cronbach* da dimensão 1 = 0,572 / *Alfa de Cronbach* da dimensão 2 = 0,467).

Para analisar a influência dos escores de avaliação das cinco dimensões da oferta (variáveis independentes) sobre a determinação dos escores da oferta (variável desfecho), bem como a influência dos escores de avaliação das duas dimensões operacionais da integração (variáveis independentes) sobre a determinação dos escores da integração (variável desfecho), utilizou-se o modelo de regressão linear múltipla.

Por fim, aplicou-se o modelo de regressão linear simples para verificar a influência (contribuição) dos escores de avaliação da oferta (variável independente) sobre os escores de avaliação da integração (variável dependente).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu todas as determinações da Resolução COFEN 311 e da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto de pesquisa sob o título *Vulnerabilidade programática para o HIV/aids: avaliação da oferta e da integração das ações e dos serviços de saúde* foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley sob protocolo nº 612/10 (Anexo B).

Mediante autorização da coleta de dados pela direção da Instituição, os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e natureza da pesquisa, os cuidados éticos na sua condução, as garantias do anonimato dos participantes e sigilo das informações, havendo a formalização das participações através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C).

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E DE ACOMPANHAMENTO DOS PARTICIPANTES

O perfil sociodemográfico dos participantes mostrou predominância do sexo masculino (58,0%), faixa etária de 40 a 59 anos (48,7%), cor parda (58,7%), solteiros (54,7%), heterossexuais (68,0%), ensino fundamental (53,3%), aposentados e pensionistas (42,0%), residente em domicílio próprio (62,0%) e integrante da classe econômica C (55,3%) segundo a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa^{g(60)} (Anexo D), que estima para esta classe renda familiar média de 1.459,00 reais (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo variáveis sociodemográficas. João Pessoa/PB, 2012.

(continua)

Características sociais	Participantes (N=150)	
	n	(%)
Sexo		
Masculino	87	58,0
Feminino	63	42,0
Faixa Etária		
18 – 39 anos	68	45,3
40 – 59 anos	73	48,7
60 – 71 anos	9	6,0
Cor/Raça		
Pardo	88	58,7
Branco	41	27,3
Preto	18	12,0
Amarelo	1	0,7
Indígena	2	1,3
Estado Civil		
Solteiro	82	54,7
Casado/União estável	47	31,3
Separado/Divorciado	16	10,7
Viúvo	5	3,3
Orientação Sexual*		
Heterossexual	102	68,0
Homossexual	29	19,3
Bissexual	17	11,4

^g O critério de classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), em vez de classificar a população em termos de classes sociais, propõe a classificação econômica estimando o poder de compra das pessoas e famílias urbanas a partir de um sistema de pontos estabelecidos de acordo com a posse de bens (como televisão, rádio, geladeira, automóvel, máquina de lavar, banheiro) e com o grau de instrução do chefe da família.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo variáveis sociodemográficas. João Pessoa/PB, 2012.

(continuação)

Características sociais	Participantes (N=150)	
	n	(%)
Escolaridade		
Ensino fundamental	80	53,3
Sem escolaridade	8	5,3
Ensino médio	49	32,7
Ensino superior	13	8,7
Situação Empregatícia		
Aposentado/pensionista	63	42,0
Empregado/autônomo	37	24,7
Desempregado	25	16,6
Afastado	13	8,7
Outros	12	8,0
Classificação Econômica		
C	83	55,3
D	37	24,7
B	19	12,7
E	10	6,6
A	1	0,7
Moradia		
Domicílio próprio	93	62,0
Domicílio alugado	43	28,7
Domicílio cedido	11	7,3
Outra	3	2,0

* O n não corresponde ao número de participantes da pesquisa pois dois usuários se opuseram a responder.

Em relação ao perfil clínico e às características inerentes ao acompanhamento clínico, observou-se prevalência da transmissão sexual (68,7%), da busca pelo diagnóstico a partir do surgimento de sinais e sintomas (53,3%), tempo médio de tratamento de 5,3 anos (mínimo=0,5, máximo=19, DP=3,769), com acompanhamento exclusivamente através de serviços do SUS (98,0%), sendo o SAE o responsável por 99,3% das notificações (Tabela 2).

No momento da entrevista a maioria das pessoas apresentava contagem de LT-CD4+ superior a 500 células/mm³ (44,7%), CV indetectável (76,7%), sem doenças oportunistas (88,7%), sem doença crônica (66,7%) ou manifestações clínicas de qualquer natureza (70,7%). Ressaltando-se nítida divergência entre os tempos transcorridos de diagnóstico, notificação e início do tratamento (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência e distribuição percentual das PVHA segundo variáveis de acompanhamento dos casos. João Pessoa/PB, 2012.

(continua)

Variáveis sobre o acompanhamento dos casos	Participantes (N=150)	
	n	%
Provável modo de transmissão*		
Sexual	103	68,7
Desconhece	44	29,3
Sexual/Uso de Drogas Injetáveis (UDI)	3	2,0
Motivação da busca do diagnóstico*		
Sinais e sintomas	80	53,3
Diagnóstico do parceiro	25	16,7
Acaso	25	16,7
Curiosidade	7	4,7
Doação de sangue	3	2,0
Pré-natal	3	2,0
Outro**	5	3,3
Sistemas de saúde utilizados		
SUS	147	98,0
Misto (SUS + Privado)	3	2,0
Serviço responsável pela notificação do caso		
SAE	149	99,3
Hospital	1	0,7
Tempo de diagnóstico		
< 5 anos	74	49,3
5-10 anos	55	36,7
>10 anos	21	14,0
Tempo de notificação		
< 5 anos	103	68,7
5-10 anos	44	29,3
> 10 anos	3	2,0
Tempo de TARV		
< 5 anos	76	50,7
5-10 anos	57	38,0
>10 anos	17	11,3
Tratamento medicamentoso		
TARV	94	62,7
TARV + outros medicamentos	56	37,3
Contagem de linfócitos T CD4+ no momento da entrevista		
> 500	67	44,7
200-500	65	43,3
< 200	18	12,0

Tabela 2 – Frequência e distribuição percentual das PVHA segundo variáveis de acompanhamento dos casos. João Pessoa/PB, 2012.

(continuação)

Variáveis sobre o acompanhamento dos casos	Participantes (N=150)	
	n	%
Quantificação da carga viral (nº de cópias) no momento da entrevista		
Indetectável	115	76,7
Detectável	35	23,3
Quantidade de doenças oportunistas no momento da entrevista		
Nenhuma	133	88,7
Uma	16	10,6
Duas	1	0,7
Quantidade de doenças crônicas no momento da entrevista		
Nenhuma	100	66,7
Uma	41	27,3
Duas	9	6,0
Quantidade de manifestações clínicas no momento da entrevista		
Nenhuma	106	70,7
Uma	28	18,6
Duas ou mais	16	10,7

*Variáveis que permitiram múltiplas opções de respostas, portanto, o n não corresponde ao número de participantes, e sim à frequência das observações.

*** na categoria outros motivos foram citados acidente de trabalho e o surgimento de doenças oportunistas como herpes zoster, TB e neoplasia.

A análise comparativa da ocorrência de manifestações clínicas e doenças oportunistas nos momentos do diagnóstico e da entrevista (Tabela 3) sinaliza que no primeiro houve prevalência de febre (54,7%) e quadro diarreico (54,7%), ambos com duração superior a um mês; perda de peso ou caquexia (53,3%). As doenças oportunistas estiveram presentes em 39,5% dos casos, dentre as quais a tuberculose (12,7%), o herpes zoster (10,7%), e a candidose oral (10,7%) destacaram-se como as mais prevalentes (Tabela 3). No momento da entrevista houve redução da prevalência de doenças oportunistas (13,8%), exceto pelo aumento dos casos de HPV em 2,7%, e aumento dos casos assintomáticos de 20 para 70% dos participantes (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência e distribuição da ocorrência de manifestações clínicas e doenças oportunistas por ocasião da notificação e no momento da entrevista. João Pessoa/PB, 2012.

<i>Variáveis clínicas</i>	<i>Participantes (N=150)</i>			
	<i>Ocasião da notificação</i>		<i>Ocasião da entrevista</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Manifestações clínicas*				
Nenhuma	30	20,0	106	70,7
Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ por período igual ou superior a 1 mês	82	54,7	9	6,0
Diarreia ≥ 1 mês	82	54,7	7	4,7
Caquexia ou perda de peso $> 10\%$	80	53,3	7	4,7
Lipodistrofia	0	0,0	3	2,0
Dermatite persistente	25	16,7	0	0,0
Outras	88	58,7	36	23,7
Doenças oportunistas*				
Nenhuma	104	69,3	133	88,7
Herpes Zoster	16	10,7	4	2,4
Pneumonia	2	1,4	0	0,0
Tuberculose	19	12,7	1	0,7
Toxoplasmose	3	2,0	2	1,3
Candidose oral	16	10,7	1	0,7
HPV	0	0,0	4	2,7
Outras	3	2,0	9	6,0

*Variáveis que permitiram múltiplas opções de respostas, portanto, o n não corresponde ao número de participantes, e sim à frequência das observações.

4.2 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO

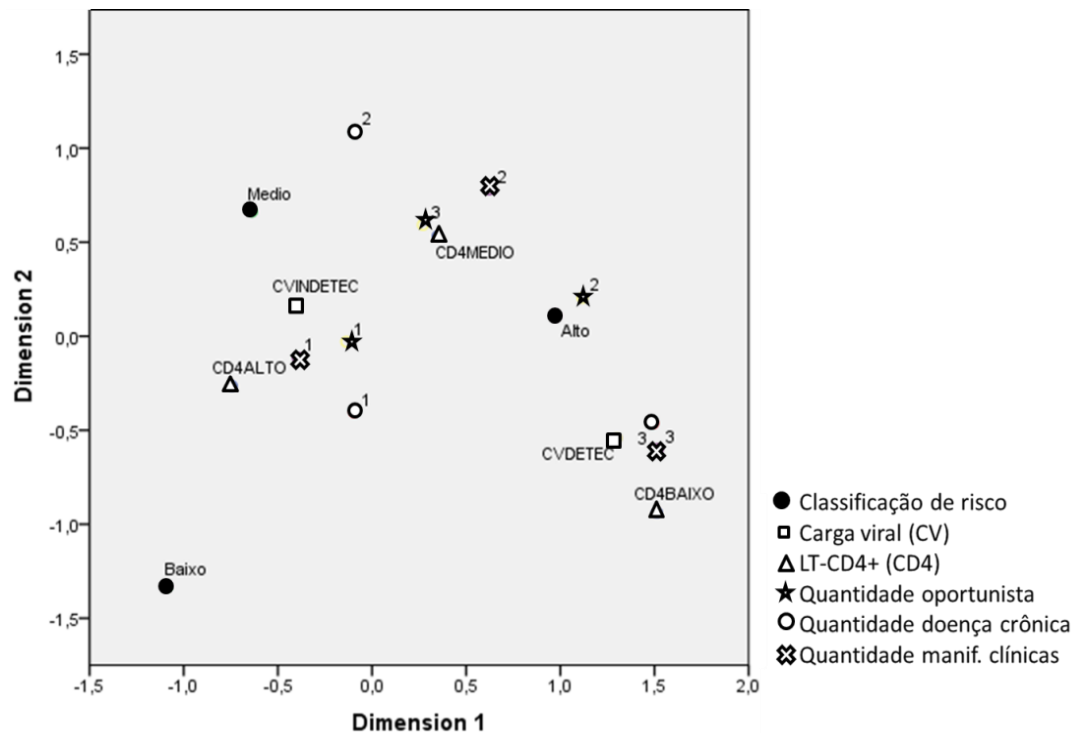
Considerando-se os resultados de contagem de TL-CD4+, quantificação de CV, ocorrência de doenças oportunistas, doenças crônicas e manifestações clínicas, observou-se que 45,3% (68) dos usuários foram incluídos no estrato de risco alto (>6), e 34,0% (68) no estrato de risco médio (risco = 6); que todas as variáveis apresentaram associação significativa com o risco (valor- $p < 0,05$); que a estatística *d de somers*, que mede a força desta associação numa escala de - 1 a 1, mostrou que todos os valores estão entre 0,3 e 0,6, caracterizando associação positiva; e que houve aumento do risco para os indicadores maiores relativos a cada variável (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos participantes segundo a estratificação de risco clínico e variáveis/categorias. João Pessoa/PB, 2012.

Variáveis/Categorias		Estratificação de Risco Clínico								Valor- <i>p</i> (χ^2)	<i>d</i> de <i>Somers</i>
		Baixo=5		Médio=6		Alto>6		Total			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
LT-CD4	> 500	31	20,7	27	18,0	9	6,0	67	44,7	< 0,001	0,651
	200-500	0	0,0	24	16,0	41	27,3	65	43,3		
	< 200	0	0,0	0	0,0	18	12,0	18	12,0		
CV	Indetectável	31	20,7	49	32,7	35	23,3	115	76,7	< 0,001	0,654
	Detectável	0	0,0	2	1,3	33	22,0	35	23,3		
Doenças oportunistas	Nenhuma	31	20,7	49	32,7	53	35,3	133	88,7	< 0,006	0,509
	Uma	0	0,0	2	1,3	14	9,3	16	10,7		
	Duas	0	1,0	0	0,0	1	0,7	1	0,7		
Doenças crônicas	Nenhuma	31	20,7	33	22,0	36	24,0	100	66,7	< 0,001	0,395
	Uma	0	0,0	18	12,0	23	15,3	41	27,3		
	Duas	0	0,0	0	0,0	9	6,0	9	6,0		
Man. Clínicas	Nenhuma	31	20,7	46	30,7	29	19,3	106	70,7	< 0,001	0,605
	Uma	0	0,0	5	3,3	23	15,3	28	18,7		
	Duas ou mais	0	0,0	0	0,0	16	10,7	16	10,7		
Total		31	20,7	51	34,0	68	45,3	150	100,0		

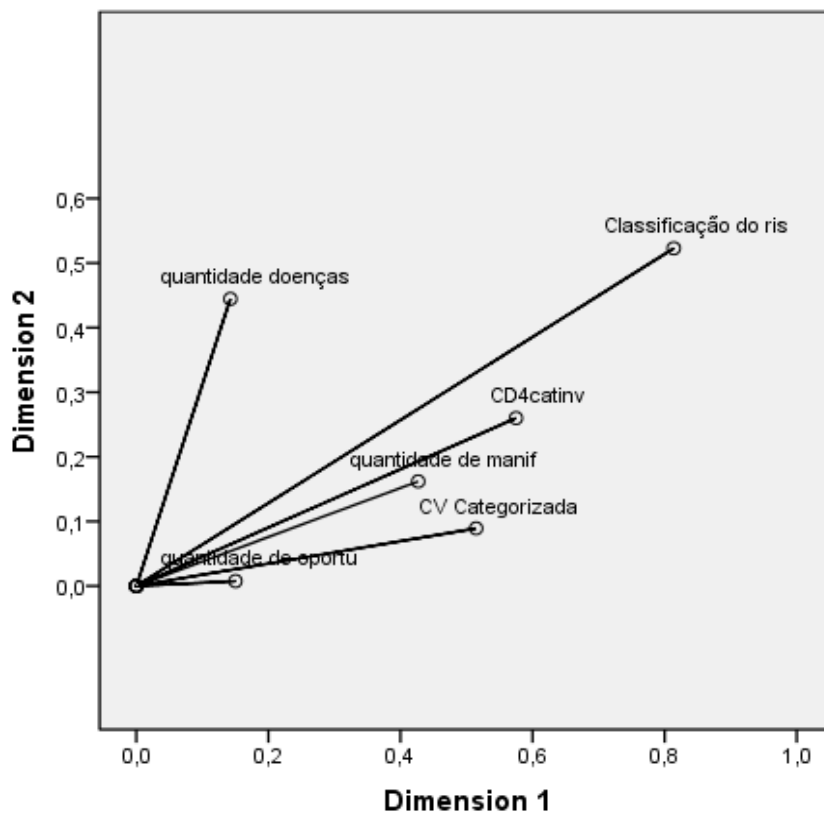
Analisando-se a dimensão 1 (maior poder explicativo) do diagrama de associação (Figura 1) produzido pela análise de correspondência múltipla, observa-se, pela proximidade das variáveis, que variáveis como contagem de LT-CD4+ abaixo de 500cel/mm³ (CD4BAIXO e CD4MÉDIO), CV detectável (CVDETEC), ocorrência de uma ou mais doenças oportunistas (indicadores 2 e 3), uma ou mais doenças crônicas (indicadores 2 e 3) e uma ou mais manifestações clínicas (indicadores 2 e 3) são indicadores que estão associados à estratificação de risco clínico mais elevada (rico Alto). Já a contagem de LT-CD4+ acima de 500cel/mm³ (CD4ALTO), CV indetectável (CVINDETEC), nenhum acometimento por doenças oportunistas (indicador 1), por doenças crônicas (indicador 1) e por manifestações clínicas (indicador 1) são indicadores que estão associados à estratificação de risco clínico baixo.

Figura 1 - Diagrama de associação da análise de correspondência múltipla para o risco clínico e suas variáveis influentes. João Pessoa/PB, 2012.



Através da observação da dimensão 1 do diagrama vetorial (Figura 2), fica evidente que dentre as variáveis analisadas, o LT-CD4+ é a de maior contribuição na determinação dos escores de risco.

Figura 2 – Diagrama de associação na forma vetorial entre risco clínico e suas variáveis influentes. João Pessoa/PB, 2012.



A aplicação do modelo de regressão logística multivariada mostrou que LT-CD4+ acima de 500cel/mm³ (1), CV indetectável (1) e ausência de doenças crônicas (1) contribuem para a categorização do usuário no grupo sem risco clínico, enquanto a presença de doenças oportunistas (2) e a existência de manifestações clínicas (2) contribuem para a categorização no grupo de risco clínico (Tabela 5).

É oportuno ressaltar que estas considerações não estão fundamentadas na significância dos coeficientes (todos apresentaram valor $p > 0,05$), mas nos seus valores numéricos que alteram a probabilidade do indivíduo ter mais chance de pertencer a um dos grupos (coeficientes negativos fazem diminuir a probabilidade, levando à categorização no grupo sem risco clínico, enquanto que coeficientes positivos aumentam a probabilidade, induzindo à categorização no grupo de risco).

Tabela 5 – Coeficientes da regressão logística para as variáveis componentes do risco. João Pessoa/PB, 2012.

Variáveis Independentes		Coeficientes
CD4	1	-36,383
	2	2,484
CV	1	-36,833
	2	-1,449
Quantidade doenças oportunistas	1	-0,796
	2	37,031
Quantidade de manifestações clínicas	1	-37,889
	2	1,157
Constante		94,236

Em relação à associação entre risco clínico e variáveis sociodemográficas e relacionados ao acompanhamento clínico (Tabela 6), o teste f da ANOVA demonstrou haver diferenças significativas no risco médio entre categorias da situação empregatícia (valor $p = 0,003$) e da classe econômica (valor $p = 0,035$). Através do *teste de Tukey* observou-se que o grupo afastado (situação empregatícia) e a classe econômica E apresentaram os maiores riscos médios, e que os grupos empregado/autônomo e classe social B apresentaram riscos médios de menores valores.

Para a variável transmissão, apesar do teste f da ANOVA indicar não haver diferenças no risco médio dos grupos (valor $p > 0,05$), alguns autores⁽⁶¹⁾ ainda assim utilizam o *teste de Tukey* na confrontação dos grupos para avaliar diferenças, o qual acusou ser provável que o grupo de maior risco médio envolve os modos de transmissão sexual e UDI (grupo 3) quando comparado com os demais.

Tabela 6 – Estatística descritiva do risco nos fatores e comparação de suas categorias através da ANOVA One-way e *Teste-t*. João Pessoa/PB, 2012.

(continua)

Fator/ Categoria*		<i>n</i>	%	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Valor-p</i>
Sexo	M	87	58,0	6,76	1,52	0,549 [†]
	F	63	42,0	6,90	1,72	
Faixa etária	18 – 39	68	45,3	6,75	1,57	0,618
	40 – 59	73	48,7	6,93	1,66	
	60 – 71	9	6,0	6,44	1,33	
Cor	Branco	41	27,3	6,92	1,75	0,784
	Preto	18	12,0	7,00	2,08	
	Pardo	88	58,7	6,70	1,43	
Estado civil	Solteiro	82	54,7	6,99	1,77	0,498
	Casado/união estável	47	31,3	6,70	1,40	
	Separado/divorciado	16	10,7	6,44	1,26	
	Viúvo	5	3,3	6,40	1,52	
Escolaridade	Sem escolaridade	8	5,3	7,50	1,93	0,314
	Ensino fundamental	80	53,3	6,69	1,35	
	Ensino médio	49	32,7	7,06	1,89	
	Ensino superior	13	8,7	6,31	1,65	
Situação empregatícia	Empregado/autônomo	37	24,7	6,11	1,07	0,003
	Aposentado/pensionista	63	42,0	6,68	1,60	
	Afastado	13	8,7	7,85	1,99	
	Desempregado	25	16,7	7,36	1,66	
	Outros	12	8,0	7,50	1,45	
Classificação econômica	B	19	12,7	6,32	1,73	0,035
	C	83	55,3	6,75	1,52	
	D	37	24,7	6,92	1,50	
	E	10	6,7	8,10	2,02	
Moradia	Domicílio próprio	93	62,0	6,69	1,65	0,339
	Domicílio alugado	43	28,7	6,95	1,54	
	Domicílio cedido	11	7,3	7,36	1,50	
Comportamento sexual	Heterossexual	102	68,5	6,85	1,55	0,444
	Homossexual	29	19,5	7,03	1,84	
	Bissexual	17	11,4	6,41	1,54	
Transmissão	Desconhece	44	29,3	6,77	1,52	0,132
	Sexual	103	68,7	6,79	1,61	
	Sexual/UDI	3	2,0	8,67	2,08	
Tempo de tratamento	< 5 anos	78	52,0	7,04	1,78	0,278
	5 - 10 anos	55	36,7	6,59	1,64	
	> 10 anos	17	11,3	6,70	1,57	

Tabela 6 – Estatística descritiva do risco nos fatores e comparação de suas categorias através da ANOVA One-way e *Teste-t*. João Pessoa/PB, 2012.

(continuação)

Fator/ Categoria*		n	%	Média	DP	Valor-p
Procura do diagnóstico	Acaso	25	16,7	7,04	1,37	0,301
	Curiosidade	7	4,7	7,00	2,08	
	Sinais e sintomas	80	53,3	6,60	1,51	
	Diag. do parceiro	25	16,7	7,12	1,94	
	Doação de sangue	3	2,0	6,33	0,58	
	Pré-natal	3	2,0	8,67	1,15	
	Outro	5	3,3	6,60	1,95	
Sistema de Saúde	SUS	147	98,0	6,85	1,62	0,209
	Misto	3	2,0	5,67	0,58	

*As categorias não representativas foram excluídas da análise/†*Teste-t*

A aplicação do modelo de regressão logística múltipla confirma a existência de riscos diferentes nas categorias da situação empregatícia e classe econômica, além de reconhecer diferenças no risco médio de grupos da variável cor.

Através da medida de associação *Odds Ratio* e seus intervalos de confiança (Tabela 7), pôde-se observar, no tocante ao fator cor, que o grupo pardo (sig=0,023) se destaca com chance de estar na categoria de risco 5 vezes maior do que a do grupo branco (grupo de referência). Na variável situação empregatícia, o grupo afastado apresenta chance 16 vezes maior de pertencer ao grupo de risco do que o empregado/autônomo (grupo de referência). Já no tocante à classe econômica, as classes C e D apresentam respectivamente 20 e 53 vezes mais chances de estar em situação de risco do que a classe B (grupo de referência).

Tabela 7 – Influência de fatores sobre o risco segundo Regressão Logística. João Pessoa/PB, 2012.

(continua)

Fator	Categoria*	B	Sig	Odds	IC a 95% para Odds ratio	
					Inf	Sup
Sexo	Masculino	0,784	0,344	2,191	0,431	11,125
Faixa etária	40 – 59	-0,081	0,903	0,922	0,249	3,408
	60 – 71	0,999	0,496	2,717	0,153	48,380
Cor/Raça	Preto	-0,347	0,703	0,707	0,119	4,204
	Pardo	1,713	0,023	5,548	1,263	24,368
Estado civil	Casado/	-0,757	0,300	0,469	0,112	1,964
	União estável					
	Separado/	1,312	0,269	3,713	0,362	38,066
	Divorciado					
Escolaridade	Ensino	-1,820	0,108	0,162	0,018	1,495
	fundamental					
	Ensino médio	-1,277	0,314	0,279	0,023	3,352
	Ensino Superior	-3,744	0,029	0,024	0,001	0,682

Tabela 7 – Influência de fatores sobre o risco segundo Regressão Logística. João Pessoa/PB, 2012.

(continuação)

Fator	Categoria*	B	Sig	Odds	IC a 95% para Odds ratio	
					Inf	Sup
Situação empregatícia	Apos./ Pensionista	0,252	0,759	1,286	0,257	6,426
	Afastado	2,804	0,040	16,506	1,131	240,922
	Desempregado	0,938	0,418	2,555	0,264	24,724
Classe econômica	C	2,999	0,005	20,071	2,520	159,865
	D	3,976	0,004	53,316	3,656	777,570
	E	22,750	0,999	7588151 806,877	0,000	.
Moradia	Domicílio Alugado	-0,414	0,573	0,661	0,156	2,792
	Domicílio Cedido	0,926	0,505	2,524	0,166	38,405
Orientação Sexual	Homossexual	1,429	0,172	4,174	0,537	32,431
	Bissexual	-1,197	0,246	0,302	0,040	2,279
Transmissão	Sexual	0,288	0,692	1,334	0,320	5,566
Tempo de tratamento	5 – 10	-0,453	0,525	0,636	0,157	2,567
	> 10	0,352	0,751	1,421	0,162	12,478
Procura	Curiosidade	2,131	0,273	8,425	0,186	381,890
	Sinais e sintomas	-2,209	0,038	0,110	0,014	0,884
	Diag. do parceiro	-1,603	0,196	0,201	0,018	2,283

*As categorias não citadas na tabela consistem nos grupos comparáveis

Legenda: B: Estimativa dos parâmetros do modelo / Sig: Valor-p

4.3 OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS

A análise conjunta dos indicadores de satisfação das variáveis deste componente permite a inferência de avaliação regular (44,0%) dos usuários em relação à oferta de ações e serviços de saúde pelo ambulatório especializado (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição da satisfação dos usuários em relação à oferta de ações e serviços de saúde pelo ambulatório especializado. João Pessoa/PB, 2012.

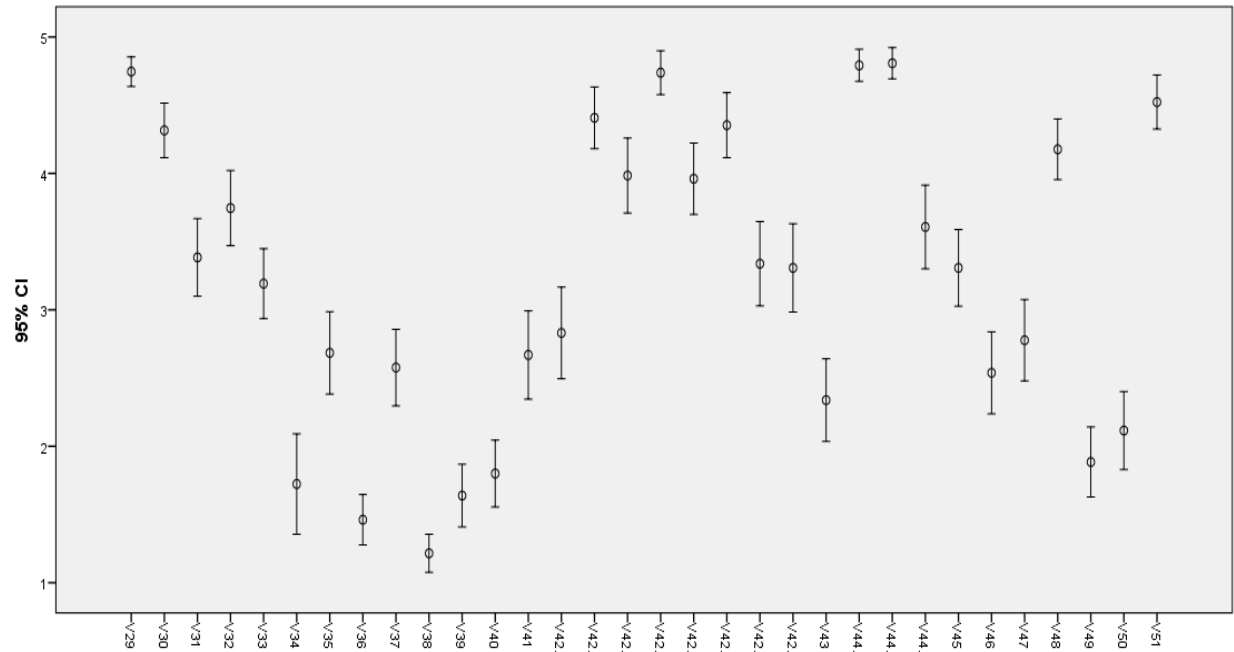
Variável/avaliação		n	%
Oferta	Insatisfatória (1)	33	22,0
	Regular (2)	66	44,0
	Satisfatória (3)	32	21,3
Total		131*	87,3*

*n não corresponde a 100% da amostra, pois alguns usuários não souberam responder sobre a oferta de algumas variáveis analisadas.

A análise individual das variáveis deste componente (Figura 3) evidenciou que as avaliações mais positivas (próximo ou acima da linha 4) foram dirigidas à oferta de consulta médica de rotina (V29), consulta com a equipe de enfermagem (V30); apoio psicológico (V32); às orientações sobre sexualidade e uso de preservativo (V42B), sobre alimentação e nutrição (V42C), uso correto de preservativos (V42D), efeitos colaterais dos medicamentos (V42E), redução do uso de álcool, cigarro e outras drogas (V42F); bem como à oferta de exames para contagem de LT-CD4+ (V44A) e detecção de CV (V44B); além da oferta de medicamentos ARV (V48) e de preservativos (V51).

Já a oferta de visitas domiciliares (V38), de avaliação da função auditiva (V36), de grupos de apoio/troca de experiências/confraternização no serviço (V39), de atendimento ginecológico (V34), de informações e estímulo à participação em ONG/Aids com atuação do estado/município (V40), de medicamentos para evitar/diminuir efeitos colaterais da TARV (V49) e de medicamentos para prevenir doenças oportunistas (V50) foram respectivamente as variáveis de valores médios mais baixos na escala de satisfação, situadas próximo ou abaixo da linha 2 (Figura 3).

Figura 3 – Valor médio dos percentuais e Intervalo de confiança a 95% da satisfação dos usuários sobre as variáveis da oferta. João Pessoa/PB, 2012.

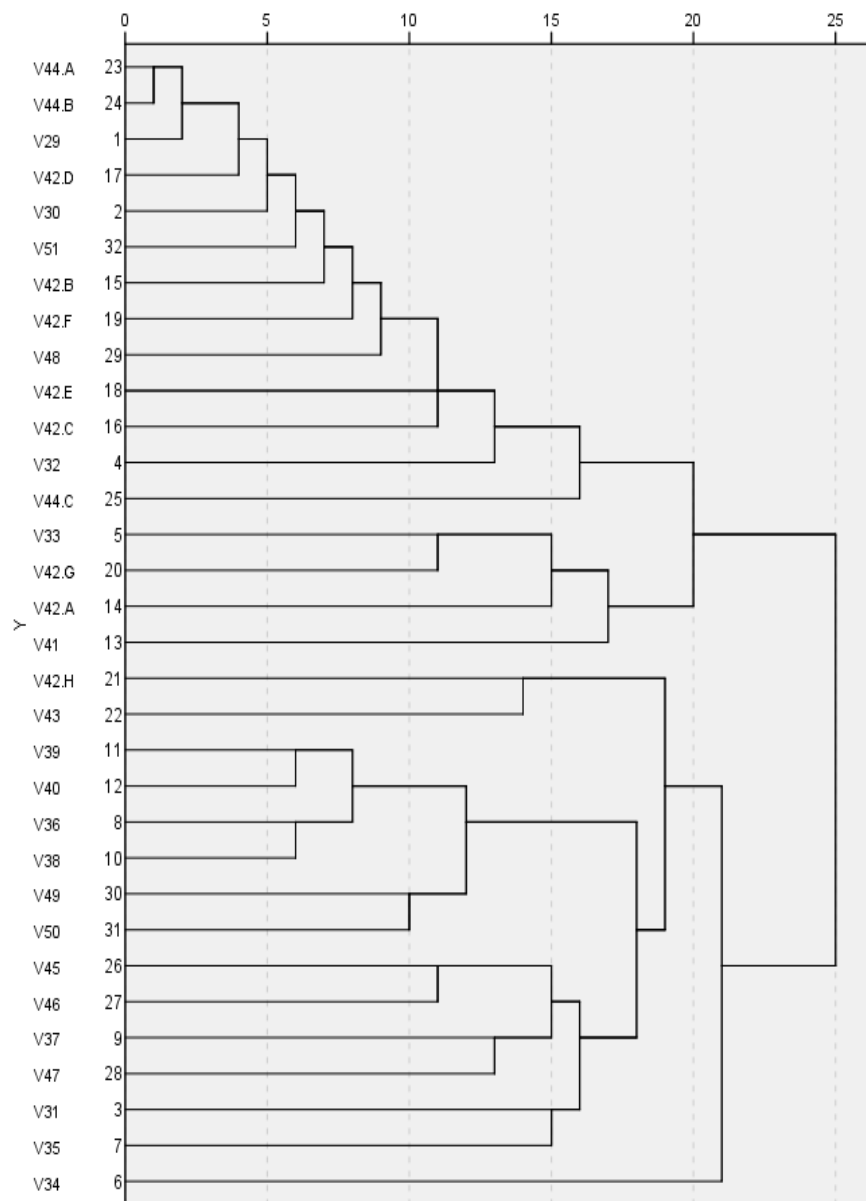


Legenda:

- V29 Consulta médica de rotina
- V30 Consulta com a equipe de enfermagem
- V31 Atendimento de intercorrência
- V32 Apoio psicológico
- V33 Atendimento da assistência social
- V34 Atendimento ginecológico
- V35 Atendimento odontológico
- V36 Avaliação da função auditiva
- V37 Avaliação dermatológica
- V38 Visita domiciliar
- V39 Grupo de apoio/troca de experiência/confraternização no serviço
- V40 Informações e estímulo à participação em ONG/Aids com atuação do estado/município
- V41 Avaliação e acompanhamento da situação de saúde do parceiro e/ou familiar
- V42.A Orientações sobre planejamento reprodutivo
- V42.B Orientações sobre sexualidade e uso de preservativos
- V42.C Orientações sobre alimentação e nutrição
- V42.D Orientações sobre uso correto dos medicamentos
- V42.E Orientações sobre efeitos colaterais dos medicamentos
- V42.F Orientações sobre redução do uso de álcool, cigarro e outras drogas
- V42.G Orientações sobre critérios e processo de solicitação de benefícios do governo
- V42.H Orientações sobre vacinas
- V43 Vacinas
- V44.A Contagem de LT-CD4+
- V44.B Detecção de CV
- V44.C Oferta de outros exames
- V45 Raio X na presença de sintomas respiratórios, febre e emagrecimento
- V46 Exame de escarro na presença de sintoma respiratório, febre e emagrecimento
- V47 Prova Tuberculínica (PT)
- V48 Medicamentos ARV
- V49 Medicamentos para evitar/diminuir efeitos colaterais da TARV
- V50 Medicamentos para prevenir doenças oportunistas
- V51 Preservativos

Aplicando-se a análise de agrupamento hierárquica sobre o conjunto de variáveis do componente oferta obteve-se um dendrograma (Figura 4) que agrupa na sua parte inferior aquelas com pior classificação na escala de satisfação (iniciando em V42.H até V34), confirmando que além das citadas, inclui-se no grupo de pior avaliação a oferta de exame de escarro (V46), raio X (V45), prova tuberculínica (V47); a avaliação dermatológica (V37), atendimentos ginecológico (V34), odontológico (V35) e de intercorrências (V31), a oferta tanto das vacinas (V43) quanto das orientações sobre este recurso preventivo (V42H).

Figura 4 – Análise de agrupamento das variáveis da oferta. João Pessoa/Paraíba, 2012.



Considerando-se a categorização das variáveis da oferta em cinco dimensões segundo a similaridade de suas naturezas, a tabela 9 apresenta os valores medianos da satisfação dos participantes, de onde se pode inferir que na dimensão “Prevenção e estímulo ao autocuidado” destacaram-se com avaliação satisfatória (medianas=5) a oferta de preservativos e grande parte dos indicadores correspondentes às orientações de promoção da saúde. Por outro lado, a oferta de vacinas e de orientações sobre planejamento reprodutivo (nas situações em que se aplicava) foram negativamente avaliadas.

Na dimensão “Avaliação clínica e laboratorial”, avaliação satisfatória foi conferida ao atendimento médico, de enfermagem, ginecológico e exames laboratoriais; ao passo que a oferta de visitas domiciliares, de avaliação dermatológica, da função auditiva, atendimento odontológico e de intercorrências foram avaliadas como regulares ou insatisfatórias.

Todas as variáveis da dimensão “Diagnóstico de coinfeção TB/HIV” foram avaliadas como insatisfatória (mediana=1) ou regular (mediana=2), enquanto na dimensão “Apoio psicossocial” apenas a oferta de apoio psicológico foi avaliada como satisfatória (mediana=5).

Na dimensão “Tratamento”, atribuiu-se avaliação insatisfatória à oferta de medicamentos, tanto para evitar/diminuir efeitos colaterais da TARV, quanto para evitar doenças oportunistas (medianas=1). Ressaltando-se que 16,0% (24) dos usuários admitiram sentir a necessidade de medicamentos para evitar/diminuírem os efeitos colaterais, mas alegaram que nunca foram ofertados.

Tabela 9 – Valor mediano da satisfação dos usuários sobre as variáveis categorizadas nas dimensões da oferta. João Pessoa/PB, 2012.

(continua)			
Dimensão	Variável da oferta/Código	Mediana	Quartil 25 e 75
Prevenção e estímulo ao autocuidado	Orientações sobre planejamento reprodutivo	1	[1-5]
	Orientações sobre sexualidade e uso de preservativos	5	[5-5]
	Orientações sobre alimentação e nutrição	5	[3-5]
	Orientações sobre uso correto dos medicamentos	5	[5-5]
	Orientações sobre efeitos colaterais dos medicamentos	5	[3-5]
	Orientações sobre redução do uso de álcool, cigarro e outras drogas	5	[5-5]
	Orientações sobre critérios e processo de solicitação de benefícios do governo	4	[1-5]
	Orientações sobre vacinas	4	[1-5]
	Vacinas	1	[1-5]
	Preservativos	5	[5-5]

Tabela 9 – Valor mediano da satisfação dos usuários sobre as variáveis categorizadas nas dimensões da oferta. João Pessoa/PB, 2012.

(continuação)

Dimensão	Variável da oferta/Código	Mediana	Quartil 25 e 75
Avaliação clínica e laboratorial	Consulta médica de rotina	5	[5-5]
	Consulta com a equipe de enfermagem	5	[4-5]
	Atendimento de intercorrência	3	[2-5]
	Atendimento ginecológico	5	[1-5]
	Atendimento odontológico	2	[1-5]
	Avaliação da função auditiva	2	[2-2]
	Avaliação dermatológica	2	[1-5]
	Visita domiciliar	1	[1-1]
	Avaliação e acompanhamento da situação de saúde do parceiro e/ou familiar	1	[1-5]
	Contagem de LT-CD4+	5	[5-5]
	Deteção de CV	5	[5-5]
	Oferta de outros exames	5	[1-5]
Diagnóstico de coinfeção TB/HIV	Raio X*	3	[2-5]
	Exame de escarro*	2	[1-5]
	Prova Tuberculínica (PPD)	2	[1-5]
Tratamento	Medicamentos ARV	5	[3-5]
	Medicamentos para evitar efeitos colaterais da TARV	1	[1-3]
	Medicamentos para prevenir doenças oportunistas	1	[1-3]
Apoio psicossocial	Apoio psicológico	5	[3-5]
	Atendimento da assistência social	3	[2-5]
	Grupo de apoio/troca de experiência/confraternização	1	[1-1]
	Informações e estímulo à participação em ONG/Aids com atuação do estado/município	1	[1-2]

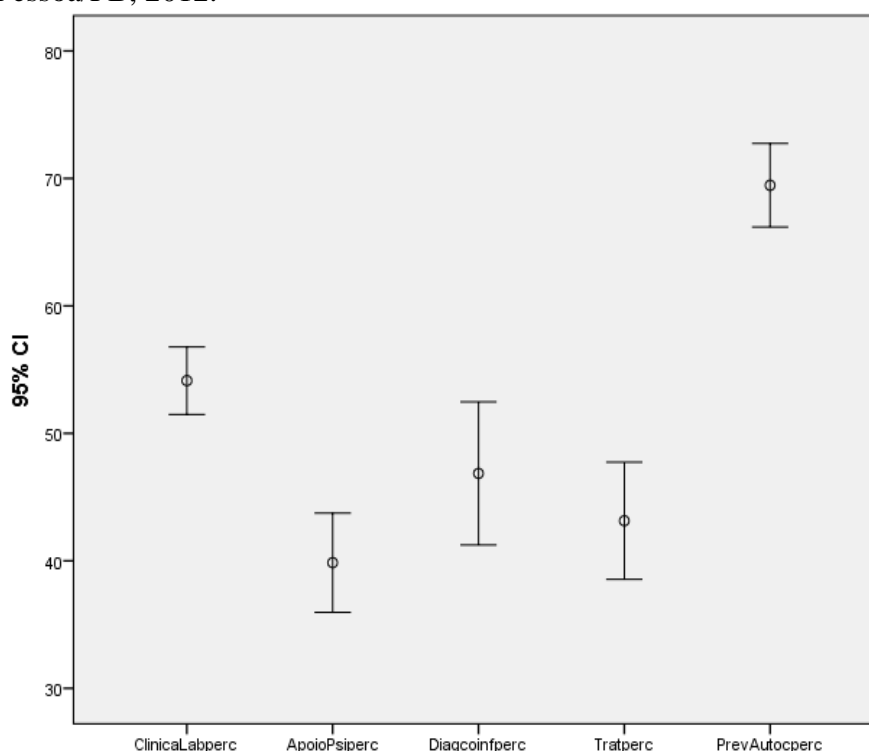
* na presença de sintoma respiratório, febre e emagrecimento

Através dos valores médios dos escores percentuais de satisfação dos usuários segundo as dimensões da oferta (Tabela 10), observa-se que em uma escala de 0 a 100, nenhuma das dimensões alcançou satisfação média percentual de 70%, ressaltando-se a dimensão prevenção e estímulo ao autocuidado como a mais bem avaliada (média de satisfação: 69,57%), e a dimensão apoio psicossocial como aquela que demanda maior investimento na otimização da oferta de ações neste serviço (média de satisfação: 39,50%) (Figura 5).

Tabela 10 – Valor médio dos escores percentuais, Desvio Padrão e Intervalo de Confiança da satisfação dos usuários sobre as dimensões da oferta. João Pessoa/PB, 2012.

Dimensão da oferta	Média%	DP	IC a 95%
Prevenção e estímulo ao autocuidado	69,57	18,96	66,48 a 72,66
Avaliação clínica e laboratorial	54,29	15,18	51,73 a 56,84
Diagnóstico coinfeção TB/HIV	44,72	31,62	39,62 a 49,82
Tratamento	42,57	26,77	38,21 a 46,94
Apoio psicossocial	39,50	22,49	36,00 a 43,31

Figura 5 – Intervalo de Confiança a 95% da satisfação dos usuários segundo as dimensões da oferta. João Pessoa/PB, 2012.



Todos os coeficientes padronizados da regressão linear múltipla para as dimensões da oferta contribuem para explicar a variabilidade do escore bruto da oferta (valor $p < 0,001$). A vantagem da análise através dos coeficientes padronizados na regressão é de que eles estão numa escala de -1 a 1, permitindo a comparabilidade relativa das variáveis independentes (dimensões), identificando aquela que mais contribui para explicar a variável dependente (oferta).

Portanto, percebe-se através dos escores padronizados da tabela 11 que as dimensões que mais contribuíram para a avaliação da oferta foram a avaliação clínica e laboratorial (coeficiente=0,458) e a prevenção e estímulo ao autocuidado (coeficiente=0,464). Destaca-se que estas dimensões foram as mais bem avaliadas tendo como referência o percentual médio

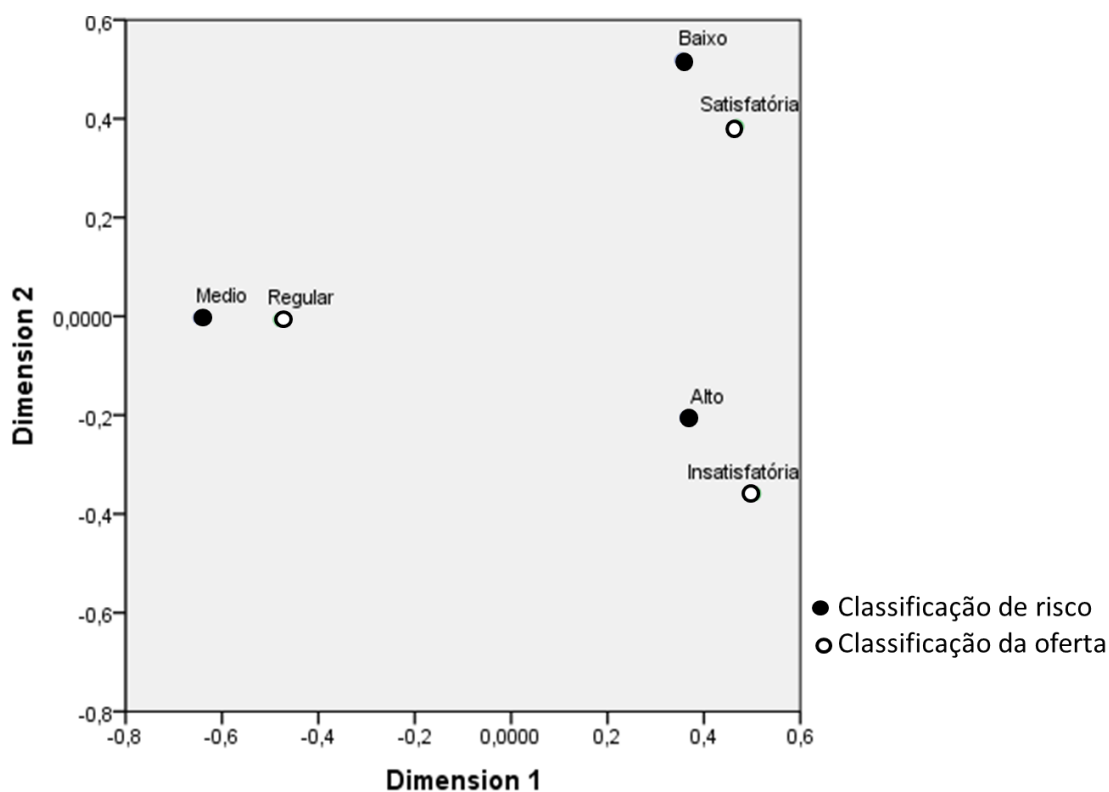
de satisfação (tabela 12), o que não foi suficiente para elevar a avaliação do componente para um nível satisfatório.

Tabela 11 – Coeficientes padronizados da regressão linear múltipla para a oferta. João Pessoa/PB, 2012.

Variável Independente (dimensão)	Coeficiente	R²	Valor p
Avaliação clínica e laboratorial	0,458	99,5%	< 0,001
Apoio psicossocial	0,221		
Diagnóstico de coinfeção TB/HIV	0,243		
Tratamento	0,118		
Prevenção e estímulo ao autocuidado	0,464		

O resultado da análise de correspondência simples aplicada à oferta e ao risco produziu um mapa de associação (Figura 6), cuja análise, tendo como referência a dimensão 1 (54% da inércia total), sinaliza que pela proximidade os níveis “oferta insatisfatória” e “risco alto” estão associados, assim como estão associados os níveis “oferta satisfatória” com “risco baixo”, e de forma análoga, associados estão os níveis “oferta regular” e “risco médio”.

Figura 6 – Diagrama de associação da análise de correspondência para o risco clínico e oferta de ações e serviços. João Pessoa/PB, 2012.



De modo complementar, a medida de associação *d de Somers* acusa valor negativo (-0,062), reforçando o entendimento de que “oferta” e “risco” estão na direção contrária (Tabela 12).

Através da distribuição da satisfação dos participantes em relação à oferta de ações e serviços do ambulatório (Tabela 14), observa-se que mais contribuíram com a avaliação regular (50%) os maiores percentuais de usuários com escores de risco médio a alto (23,7% e 19,1%); e que o maior percentual de avaliação insatisfatória (14,5%) ocorreu entre usuários com escore de risco alto.

Tabela 12 – Distribuição e associação entre risco e oferta de ações e serviços de saúde. João Pessoa/PB, 2012.

Variável/Categoria		Estratificação de Risco								Total	Valor- p (χ^2)	d de Somers
		Clínico										
		Baixo		Médio		Alto						
		(= 5)		(=6)		(>6)						
		n	%	n	%	n	%	n	%			
Oferta	Insatisfatória	6	4,6	8	6,1	19	14,5	33	25,2	0,102	-0,062	
	Regular	10	7,6	31	23,7	25	19,1	66	50,4			
	Satisfatória	8	6,1	8	6,1	16	12,2	32	24,4			
	Total	24	18,3	47	35,9	60	45,8	131	100,0			

4.4 INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS

A análise da integração se deu a partir de duas perspectivas: níveis da integração e operacionalidade da integração, considerando-se o mesmo conjunto de variáveis do componente.

Na perspectiva dos níveis, as variáveis foram categorizadas em duas dimensões, Integração Interna (II) e Integração Externa (IE), cujas distribuições da frequência de satisfação dos usuários do serviço, respectivos percentuais médios, desvios padrão e intervalos de confiança estão expressos na tabela 13.

Na análise da II focalizaram-se os mecanismos de articulação entre a equipe do ambulatório especializado, aos quais foi atribuída avaliação regular por 47,3% dos participantes, com escore percentual médio de satisfação de 68,06 (escala de 0 a 100) (tabela 15).

Já a IE focalizou os mecanismos de articulação da equipe do ambulatório com outros profissionais/especialidades/serviços, bem como com ONG/Aids e outros recursos sociais,

aos quais também foi atribuída avaliação regular por 40,6% dos participantes, com escore percentual médio de 74,54 (escala 0 a 100) (tabela 13).

O teste de Wilcoxon (valor $p < 0,05$), aplicado para comparar os escores percentuais de satisfação entre as dimensões II e IE, mostrou ainda que há diferença significativa entre as duas dimensões. Portanto, é possível afirmar que há mais satisfação com a dimensão IE, na ordem de 9,5% a mais do que com a II, quando confrontada a razão percentual de médias (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição, valor médio dos escores percentuais, Desvio Padrão e Intervalo de Confiança da satisfação dos usuários sobre as dimensões da integração (níveis da integração). João Pessoa/PB, 2012.

Dimensões dos níveis da integração		<i>n</i>	%	<i>Média%</i>	<i>DP</i>	<i>IC a 95%</i>	<i>Valor-p (Wilcoxon)</i>
Integração Interna	Insatisfatória (1)	42	28,0	68,06	24,04	62,15 a 73,98	0,049
	Regular (2)	71	47,3				
	Satisfatória (3)	37	24,7				
	Total	150	100,0				
Integração Externa	Insatisfatória (1)	27	29,7	74,54	23,62	68,73 a 80,34	
	Regular (2)	37	40,6				
	Satisfatória (3)	27	29,7				
	Total	91*	100,0				

* n correspondente às respostas válidas considerando a existência de filtros

Através dos valores medianos dos indicadores de satisfação (escala de 1 a 5) de cada variável da integração, expressos na tabela 14, observa-se no contexto da integração interna que grande parte das variáveis foram avaliadas satisfatoriamente (medianas 5), e que a pior avaliação se reportou ao recebimento de resultados de exames impressos (mediana 1, percentis 1-1), com a afirmação de 100% dos participantes de que eram informados sobre o resultado dos exames, mas que estes ficavam arquivados nos prontuários. Ressalta-se oportunamente que não há sistema informatizado de compartilhamento de informações dos usuários (prontuário eletrônico) na instituição, tampouco na rede.

Outras variáveis da integração interna avaliadas negativamente (indicadores 1 e 2) referem-se à obtenção, pelos profissionais do serviço, de informações sobre as condições de vida dos usuários (mediana = 1), e informações sobre o recebimento de apoio de familiares/parceiros/amigos durante o tratamento (mediana = 2).

Dentre as variáveis da integração externa também se observou que a maioria foi avaliada como satisfatória (mediana 5), destacando-se com pior avaliação (indicador 1) o contato do serviço com ONGs ou outros recursos/equipamentos sociais para contribuir com o

tratamento (mediana = 1), e com avaliação regular (indicador 3) o encaminhamento para atendimento em outro serviço (mediana = 3) (tabela 14).

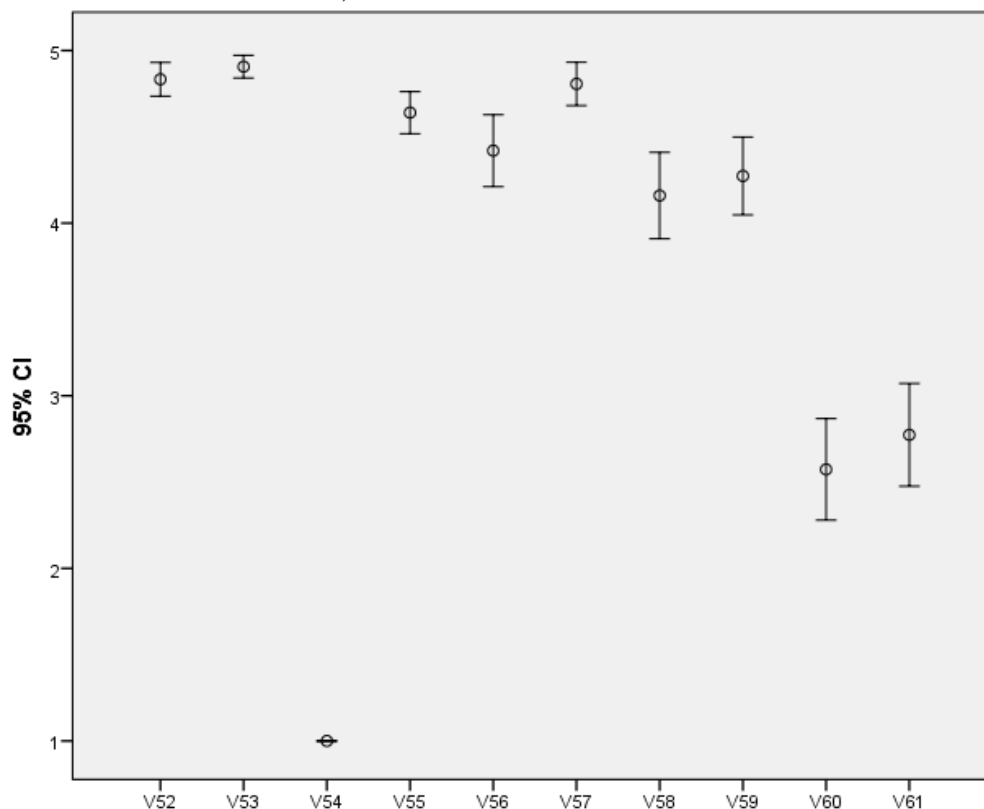
Tabela 14 – Mediana dos indicadores de satisfação das variáveis da integração, categorizadas nas dimensões João Pessoa/PB, 2012.

Dimensão da Integração	Variável	Código	Mediana	Quartil 25 e 75
Integração Interna (II)	Leitura de informações do prontuário/ficha pelo profissional durante a consulta	V52*	5	[5-5]
	Anotações dos profissionais em prontuário	V53*	5	[5-5]
	Recebimento de resultados de exames impressos	V54*	1	[1-1]
	Disponibilidade de resultados de exames durante o comparecimento no serviço	V55**	5	[5-5]
	Aviso sobre agendamento de consulta de retorno	V56**	5	[5-5]
	Obtenção pelos profissionais de informações sobre a regularidade do uso dos medicamentos	V57**	5	[5-5]
	Obtenção pelos profissionais de informações sobre a ocorrência de efeitos colaterais da TARV	V58**	5	[4-5]
	Obtenção pelos profissionais de informações sobre intercorrências relacionadas à doença	V59**	5	[4-5]
	Obtenção pelos profissionais de informações sobre condições de vida	V60**	1	[1-5]
	Obtenção pelos profissionais de informações sobre recebimento de apoio dos familiares/parceiros/amigos para o tratamento	V61**	2	[1-5]
Integração Externa (IE)	Contato do serviço com ONGs ou outros equipamentos sociais para contribuir com o tratamento	V62**	1	[1-1]
	Encaminhamento para atendimento em outro serviço	V66**	3	[1-5]
	Indicação dos locais de atendimento	V67**	5	[3-5]
	Auxílio na marcação de consultas	V68**	5	[5-5]
	Disponibilidade de comprovante de marcação de consultas	V69**	5	[5-5]
	Fornecimento de informações escritas sobre a situação de saúde do cliente que demandou o encaminhamento	V70*	5	[5-5]
	Realização do atendimento para o qual foi encaminhado	V71**	5	[5-5]
	Retorno à unidade com informações escritas sobre os resultados da consulta em outro serviço	V72*	5	[5-5]
	Discussão dos resultados das consultas realizadas em outro serviço por outros profissionais	V73**	5	[5-5]
	Interesse dos profissionais de obter informações sobre a resolutividade do encaminhamento	V74**	5	[5-5]

Categorização Operacional: *Gestão da informação (GI) / ** Gestão do Usuário (GU)

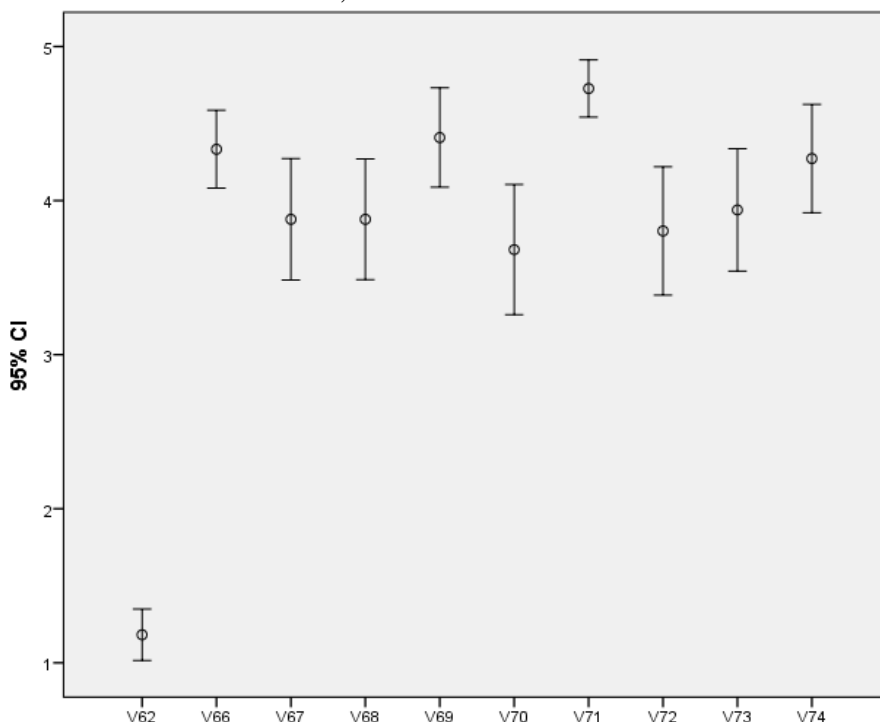
Estes resultados são corroborados pelos intervalos de confiança a 95% da satisfação dos participantes (escala de 1 a 5) em relação às variáveis das dimensões integração interna (Figura 7) e integração externa (Figura 8). Observa-se, na primeira situação, que se situou na linha 1 (insatisfatório) o recebimento de resultados de exames impressos, e abaixo da linha 3 (regular) a obtenção de informações sobre as condições de vida dos usuários e informações sobre o recebimento de apoio de familiares/parceiros/amigos durante o tratamento.

Figura 7 – Intervalo de Confiança a 95% da satisfação dos usuários das variáveis da dimensão integração interna. João Pessoa/PB, 2012.



No contexto da integração externa observou-se que apenas o contato com ONGs e outros recursos com potenciais para colaborar com o tratamento foi insatisfatoriamente avaliado considerando-se o IC a 95% (Figura 8).

Figura 8 – Intervalo de Confiança a 95% da satisfação dos usuários das variáveis da dimensão integração externa. João Pessoa/PB, 2012.



Balizando-se a apreciação da integração pela natureza operacional das variáveis, obteve-se duas dimensões de análise, Gestão da Informação (GI) e Gestão do Usuário (GU), ambas com avaliação regular (55,9% e 53,7%). A comparação dos escores percentuais da satisfação através do teste não paramétrico Wilcoxon, (valor $p = 0,001$) aponta que há diferença estatística significativa entre estes escores, levando-nos a inferir que há maior satisfação com a GU, visto que quando confrontadas, a GI apresentou tanto coeficiente médio de satisfação aproximadamente 3 vezes menor (Média da GU = 25,19, Média da GI = 63,61) quanto menor valor de média percentual de satisfação (Tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição, Média dos escores percentuais, desvio padrão e intervalo de confiança da satisfação dos participantes segundo as dimensões operacionais da integração. João Pessoa/PB, 2012.

Dimensões operacionais da integração		<i>n</i>	%	<i>Média%</i>	<i>DP</i>	<i>IC a 95%</i>	<i>Valor-p (Wilcoxon)</i>
Gestão da Informação (GI)	Insatisfatória (1)	12	35,3	55,34	26,16	45,74 a 64,93	< 0,001
	Regular (2)	19	55,9				
	Satisfatória (3)	3	8,8				
	Total	34*	100,0				
Gestão do Usuário (GU)	Insatisfatória (1)	17	25,4	73,37	22,62	65,07 a 81,66	
	Regular (2)	36	53,7				
	Satisfatória (3)	14	20,9				
	Total	67*	100,0				

* n correspondente as resposta válidas considerando a existência de filtros

Através da análise de regressão linear múltipla, utilizada para avaliar o impacto destas dimensões na satisfação da integração (todos avaliados em termos de escores brutos), obteve-se que 94,7% da variabilidade média dos escores da integração são explicados por estas dimensões (valor- $p < 0,001$). Considerando os escores padronizados da regressão, observa-se que a dimensão GU apresentou coeficiente com valor 0,843, cuja razão sugere que esta dimensão influencia aproximadamente 3 vezes mais a variabilidade da integração na escala de satisfação do que a dimensão GI (coeficiente = 0,248) (Tabela 16).

Tabela 16 – Coeficientes padronizados da regressão linear múltipla para a integração. João Pessoa/PB, 2012.

Variável Independente (dimensão)	Coeficiente	R²	Valor p
Gestão da informação	0,248	94,7%	< 0,001
Gestão do usuário	0,834		

No que se refere à utilização de outros serviços da rede assistencial, 69,3% dos participantes referiram utilizar os serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF), dos quais 52,0% negaram a participação desta equipe no acompanhamento do tratamento antirretroviral e 62,6% referiram que a equipe do ambulatório também não solicitava informações sobre o possível acompanhamento do tratamento pela equipe da ESF (Tabela 17).

Observou-se ainda que 88,0% do total dos participantes negou haver articulação do ambulatório com a ESF para a resolução de problemas de atenção existentes; 46,0% admitiram utilizar serviços de pronto atendimento, dos quais apenas 36,7% referiram haver compartilhamento de informações entre as equipes relativas ao atendimento nesse serviço, e 86,0% não utilizavam nenhum outro serviço além dos citados.

Tabela 17 – Utilização de outros serviços da rede assistencial por PVHA em acompanhamento ambulatorial. João Pessoa/PB, Brasil, 2012.

			(continua)	
Variáveis relacionadas à utilização de outros serviços	n	(%)		
Utilização dos serviços da Estratégia Saúde da Família pelos usuários do ambulatório especializado				
Não	46	30,7		
Sim	104	69,3		
Total	150	100,0		
Acompanhamento do tratamento antirretroviral pela equipe da Estratégia Saúde da Família				
Não	78	52,0		
Sim	26	17,3		
Total	104	69,3		

Tabela 17 – Utilização de outros serviços da rede assistencial por PVHA em acompanhamento ambulatorial. João Pessoa/PB, Brasil, 2012.

(continuação)

Variáveis relacionadas à utilização de outros serviços	n	(%)
Solicitação de informações pela equipe do ambulatório especializado sobre o acompanhamento do tratamento pela equipe da ESF		
Não	94	62,6
Sim	10	6,7
Total	104	69,3
Articulação do ambulatório com a Estratégia Saúde da Família para resolução de problemas de atenção à saúde		
Não	132	88,0
Sim	18	12,0
Total	150	100,0
Uso do pronto atendimento pelos usuários do ambulatório		
Não	81	54,0
Sim	69	46,0
Total	150	100,0
Compartilhamento de informações entre as equipes relativas ao atendimento no pronto atendimento		
Não	14	9,3
Sim	55	36,7
Total	69	46,0
Uso de outros serviços além do ambulatório especializado, do pronto atendimento e da Estratégia Saúde da Família		
Hospital	10	6,7
Centro de Atenção Integral à Saúde	2	1,3
Centro de Especialidades Odontológicas	2	1,3
Consultório/clínica particular	7	4,7
Não utilizam outros serviços	129	86,0
Total	150	100

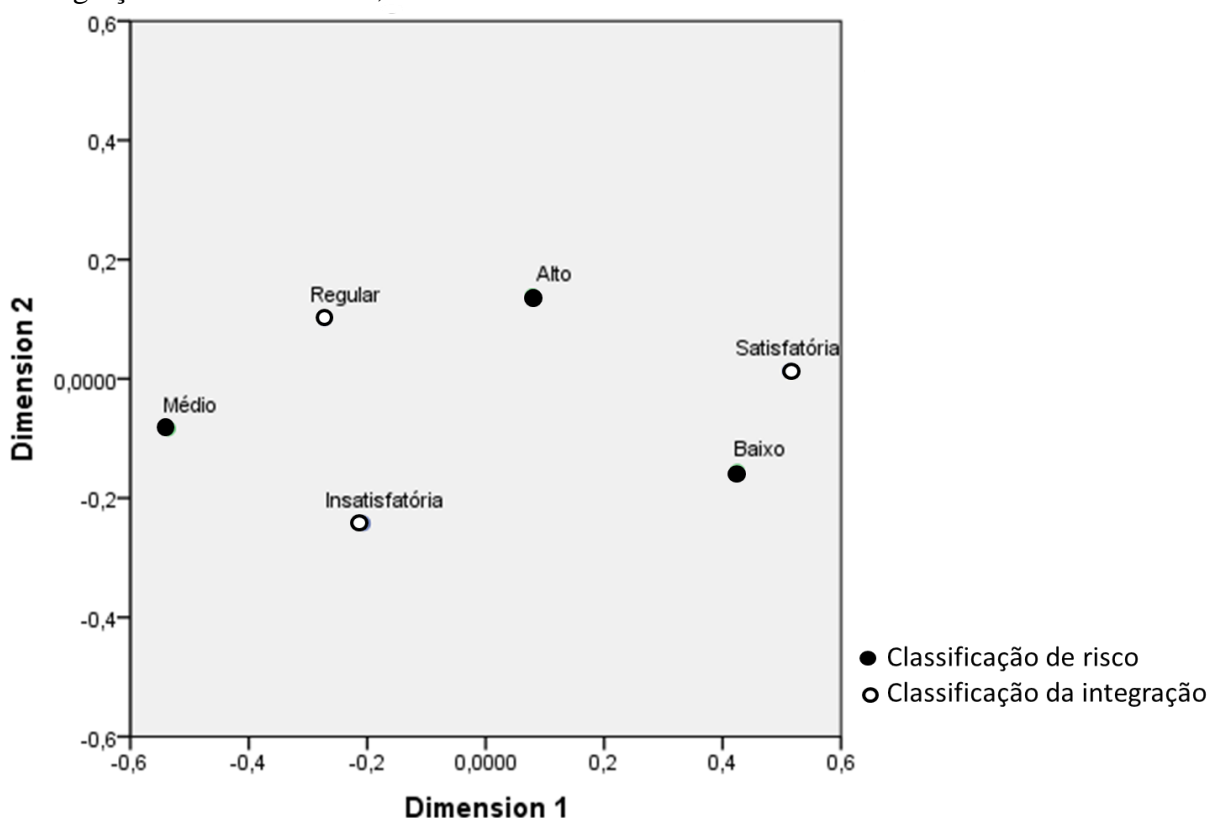
Na tabela 18, observa-se, a partir do conjunto de variáveis deste componente (II + IE, ou GI + GU), que também prevaleceu a avaliação regular sobre a integração de ações e de serviços de saúde (46,1%). Nota-se ainda que participaram desta avaliação usuários com escores de risco alto (21,1%) e médio (14,5%), e que o maior percentual de avaliação insatisfatória (9,2%) ocorreu entre usuários com escore de risco alto.

Tabela 18 – Distribuição e associação entre risco e integração das ações e serviços de saúde. João Pessoa/PB, 2012.

Variável/Categoria		Estratificação de Risco						Total	Valor- p (χ^2)	d de Somers	
		Clínico									
		Baixo		Médio		Alto					
		(= 5)		(=6)		(>6)					
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Integração	Insatisfatória	4	5,3	5	6,6	7	9,2	16	21,0	0,861	- 0,009
	Regular	8	10,5	11	14,5	16	21,1	35	46,1		
	Satisfatória	8	10,5	5	6,6	12	15,8	25	32,9		
	Total	20	26.3	21	27.6	35	46.1	76	100.0		

Esta constatação é legitimada pela aplicação da análise de correspondência simples aos escores brutos da integração e do risco, a qual produziu um mapa de associação (figura 9). A análise da dimensão 1 (poder explicativo de 98,3% da inércia total) deste mapa permitiu a inferência de que pela proximidade das variáveis, há associação entre os escores de risco baixo e integração satisfatória; risco alto e integração insatisfatória; e entre os escore de risco clínico médio e integração regular.

Figura 9 – Diagrama de associação da análise de correspondência simples para o risco clínico e integração. João Pessoa/PB, 2012.



4.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE RISCO CLÍNICO, OFERTA E INTEGRAÇÃO

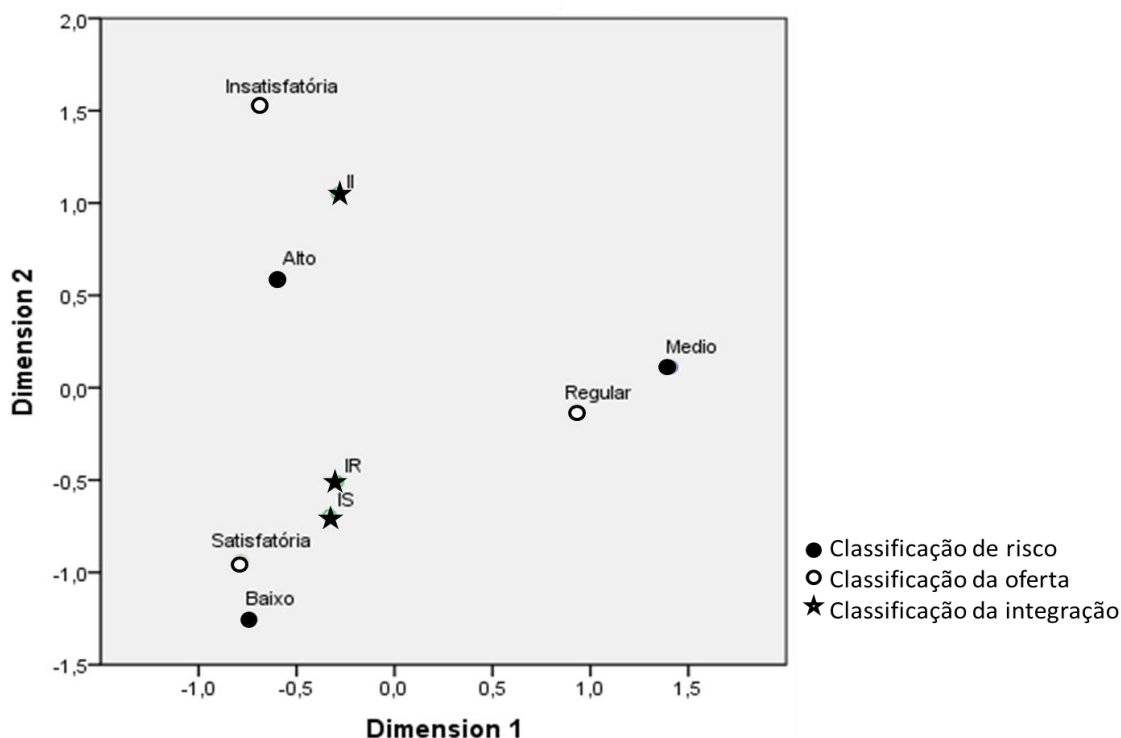
A tabela 19 apresenta o resultado da análise de correspondência múltipla aplicada para indicar a associação entre a oferta, integração e risco (variáveis categorizadas), através da qual se pode perceber que a primeira dimensão explica 0,539 da inércia total, e a segunda 0,484 da inércia total (1,023), havendo pouca diferença na fidedignidade das duas dimensões.

Tabela 19 - Resultado da Análise de correspondência múltipla para avaliar a associação entre risco, oferta e integração. João Pessoa/PB, 2012.

Dimensão	Alfa de Cronbach	Variância acumulada	
		Autovalor	Inércia
1	0,572	1,616	0,539
2	0,467	1,452	0,484
Total		3,068	1,023
Média	0,522	1,534	0,511

De acordo com a Figura 10 percebe-se que estão associados aos escores de “risco alto” os de “oferta insatisfatória” e de “integração insatisfatórias” (II), assim como estão associados ao escore de “risco baixo” os de “oferta satisfatória” e de “integração satisfatória” (IS) ou “integração regular” (IR), assim como está associado ao escore de “risco médio” o de “oferta regular”.

Figura 10 – Diagrama de associação da análise de correspondência múltipla para Risco clínico, Oferta e Integração de ações e serviços. João Pessoa/PB, 2012.



A regressão linear simples, aplicada aos escores brutos da “oferta” e da “integração”, mostra que 97,2% da variabilidade na integração é explicada pela oferta, o que significa que as satisfações da oferta e da integração estão relacionadas de tal maneira que, pelos valores de seus coeficientes, pode-se concluir que a integração representa uma razão de 69,7 vezes a satisfação da oferta ($\text{Integração} = 0,697 \times \text{oferta}$).

5.1 CARACTERIZAÇÃO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO DOS PARTICIPANTES

Os perfis sociodemográfico e clínico dos participantes do estudo são congêneres ao observado no Brasil e no mundo, com predominância do sexo masculino, heterossexuais, pessoas de baixo poder econômico e escolaridade, uso de TARV, e melhores indicadores clínicos e imunológicos após o tratamento^(34,62).

Para além da expressão de tal consonância, este perfil fornece subsídios ao conhecimento de determinantes e à avaliação da adequação das características assistenciais e de organização da atenção ambulatorial especializada dentro da rede de cuidados.

Nesta perspectiva, a melhora dos parâmetros clínicos, observada no período entre a notificação e o momento da entrevista, pode ser compreendida como resultante da efetividade da TARV e demais cuidados de manejo clínico da infecção, sinalizando no contexto da avaliação do serviço o cumprimento de importantes diretrizes programáticas.

Ressalta-se, entretanto, que a divergência entre os tempos do diagnóstico, notificação e início da TARV sugere retardo nas notificações e início de tratamento anterior a esta, uma fragilidade sinalizada pelo Ministério da Saúde⁽⁶³⁾ que, através de metodologia de relacionamento de bases de dados envolvendo o SINAN, SIM e SISCEL/SICLOM, identificou na Paraíba subnotificação dos casos de aids em 23,3%, desde o registro do primeiro caso no Estado, em 1985, até junho de 2010, situação que resguarda prejuízos para o diagnóstico local e para o planejamento das ações de saúde.

Visto tratar-se de doença sem cura e reconhecida na atualidade como a quinta causa de morte entre adultos no mundo⁽³⁵⁾, o conhecimento do perfil dos usuários do serviço deve perpassar também pelo prisma do risco de agudizações, instabilidade das condições clínicas e morte das pessoas infectadas. Destaca-se que a redução da mortalidade pelo agravo é meta da UNAIDS para 2015 e requer no campo programático investimentos na identificação/intervenção de vulnerabilidades a estes eventos⁽³⁾.

Nesta direção e considerando-se o SAE como importante espaço de acompanhamento dos casos, é mais do que oportuna a avaliação do desempenho deste serviço frente à garantia de acesso a ações assistenciais, de tratamento, prevenção e controle de eventos mórbidos secundários ao imunocomprometimento, os quais resultam da interação de determinantes sociais com condições clínicas e programáticas. Esta interação, por sua vez, deve ser compreendida no universo das vulnerabilidades⁽⁶⁴⁾.

Portanto, a predição de variáveis intervenientes sobre a morbimortalidade associada à aids é uma importante estratégia de qualificação do cuidado a pessoas em acompanhamento ambulatorial, sobretudo na região nordeste, onde se observou tendência de aumento da mortalidade por aids nos últimos dez anos, especialmente entre pessoas de 55 a 59 anos, incluídas na faixa etária de maior prevalência entre os participantes do estudo⁽³⁴⁾.

O enfrentamento desta problemática deve perpassar, sob a lógica da gestão do cuidado, pelo conhecimento da população usuária dos serviços e pela organização destes na direção da atenção às necessidades locais^(2,39).

Neste sentido, a estratificação de risco clínico dos usuários é uma tecnologia de cuidado com potencial para colaborar com a provisão de assistência com qualidades equânime e resolutiva dentro das RAS, uma vez que subsidiaria a mobilização de recursos e estabelecimento de fluxos de acordo com as especificidades dos casos, racionalizando assim os recursos assistenciais disponíveis para a atenção às necessidades de cuidados destas pessoas, contribuindo assim com a provisão de cuidado coordenado^(2,65).

Sabe-se que o desenvolvimento da aids e de suas complicações envolvem fenômenos fisiopatológicos complexos que incluem aumento da viremia, supressão imunológica e susceptibilidade a doenças oportunistas, e as expressões clínicas desses fenômenos se dão através da contagem de LT-CD4+, quantificação de CV plasmática e manifestações clínicas variadas⁽⁶⁶⁾.

Os LT-CD4+ são marcadores da situação imunológica, indicativos de resposta à TARV e de predisposição a infecções oportunistas. Reconhecidos por estudos de casuística como principal indicador prognóstico da evolução da doença e sobrevivência dos infectados^(59,62,67), destacam-se no presente estudo como o indicador de maior contribuição na determinação da estratificação de risco clínico dos participantes.

Apesar de não haver evidências científicas da correlação da carga viral com a mortalidade, trata-se de um marcador de evolução da infecção, auxiliando através de análise associada ao LT-CD4+ (com quem expressa comportamento inverso) na identificação de falha virológica em pessoas tratadas. Sua ocorrência está associada a prognóstico negativo, além de estudos sobre qualidade de vida sinalizarem associação de resultados detectáveis de CV com piores escores no domínio físico^(62,67-68).

Já a ocorrência de doenças oportunistas chama a atenção para estados de imunocomprometimento, sendo responsável pelo aumento das internações hospitalares e

óbitos relacionados à doença, além de reduzir significativamente a sobrevivência dos infectados⁽⁶⁹⁾.

Os aspectos discutidos justificam o foco sobre a monitorização destes indicadores na literatura normativa da prática de cuidados nos serviços de acompanhamento⁽⁵⁹⁾ e fundamentam a utilização destes na construção de um escore de risco, visto que podem indicar propensão a sintomas da doença, a infecções oportunistas e ao uso de maior número de medicamentos, situações que contribuem com o risco de agudizações, instabilidade clínica e morte.

Para além da análise isolada dos indicadores citados o escore proposto quantifica numa única variável o conjunto de situações clínicas e condição imunológica que sinaliza necessidade de atenção especial quando este risco se aproxima do valor máximo 14, e situações de melhor prognóstico quando se aproxima do valor mínimo 5, desejável para todos os usuários.

Portanto, a escala com os indicadores propostos é representativa do risco de agudizações das condições clínicas e imunológicas dos participantes. É possível observar, com base nestes indicadores, que quanto mais elevado o valor do risco clínico, maior o número de variáveis que contribuem para o agravamento da condição de saúde do usuário, o que demandará maior atenção por parte do sistema de saúde, indicando ainda a necessidade de mudança na periodicidade de acompanhamento e a articulação com outros pontos da rede.

O entendimento de que CV detectável, LT-CD4+ baixo, maior número de doenças oportunistas, maior número de doenças crônicas e maior número de manifestações clínicas elevam o escore de risco, e que a presença de doenças oportunistas e de manifestações clínicas (de qualquer natureza e origem) contribuem para a categorização dos usuários neste grupo, deve orientar os profissionais do ambulatório para uma atuação preventiva de desfechos clínicos desfavoráveis, a partir da mobilização de recursos e fluxos mais adequados a cada situação.

Neste contexto, destaca-se a importância da atuação em rede, haja vista o reconhecimento de que nenhum serviço dispõe da totalidade dos recursos adequados à satisfação das demandas nesta direção⁽²⁾.

Assim, apoiados por uma tecnologia preditiva de risco clínico, os profissionais do serviço especializado precisam fortalecer a articulação com a Estratégia Saúde da Família (ESF), que pelos seus fundamentos apresenta grande potencial frente à prevenção e manejo das complicações e agravos nos diversos contextos sanitários⁽⁷⁰⁾; bem como a articulação com atores sociais, a exemplo das ONG/Aids, cuja atuação tem se destacado no cenário nacional,

prestando importante suporte no manejo/resolução de questões jurídicas e operacionais inerentes ao tratamento/cuidado ou à saúde de PVHA de um modo geral⁽⁷¹⁾. Estes aspectos serão analisados mais adiante, no tópico integração.

A influência da situação empregatícia e classe econômica sobre o risco é compreensível e consoante à interveniência de condições socioeconômicas sobre a saúde das pessoas em tratamento, haja vista as demandas de recursos financeiros requeridos à manutenção de uma alimentação de boa qualidade, de transporte para o deslocamento durante as consultas de rotina, para medicações extras e despesas relacionadas à manutenção do lar⁽⁷²⁾.

Entretanto, mais do que ressaltar a interface condições socioeconômicas e saúde, que deverá orientar a análise do desempenho do serviço diante das demandas de assistência social, (aspectos discutidos no contexto dos componentes oferta e integração), o fato dos afastados apresentarem chances de risco superiores a dos empregados chama a atenção para o potencial terapêutico do trabalho, visto que por meio da convivência e relações sociais há maior facilidade de enfrentamento psíquico dos problemas inerentes à convivência com a infecção/adoecimento^(62,73), e cujas repercussões tendem a ser danosas em diversas dimensões da saúde, inclusive física.

Estas constatações justificam o fato dos empregados/autônomos terem sido apontados como grupo com menor risco por estarem em condições, financeira e relacional, mais favoráveis quando comparadas às demais categorias. Ressaltam-se assim a necessidade de ampliação da política pública e de ações cuidativas na direção do enfrentamento do estigma e discriminação no campo do trabalho e no fortalecimento da intersetorialidade^(62,74).

No tocante à dimensão organizacional do cuidado, o enfrentamento das relações assimétricas entre as rotinas de trabalho, rotina do tratamento/acompanhamento clínico e das condições de saúde vivenciadas por estas pessoas, perpassaria pela reorganização dos horários de atendimento dos serviços de saúde⁽⁷³⁾, pelo que se sugere a extensão do horário de atendimento do SAE para o período noturno.

A respeito da raça parda e sua interface com o risco, destaca-se que esta concentrou em 2012 a segunda maior prevalência dentre as pessoas com HIV/aids no Brasil, inclusive entre os homens, com tendência de aumento de casos entre brancos e pardos nos últimos dez anos. Além disso, as pessoas que se autodeclararam de raça parda no último censo correspondem a 52% da população paraibana^(34,53).

Os resultados do estudo legitimam, por conseguinte, a relevância da consideração das características específicas desta raça e de seus contextos sociopolíticos no planejamento de

ações/serviços mais responsivos e articulações necessárias à atenção das necessidades destas pessoas, quer numa perspectiva de prevenção primária ou secundária.

Para tanto, há que se empreenderem estudos envolvendo a temática e melhorias na captação, uso e interpretação deste indicador nos sistemas de informação para que haja melhor representatividade desta raça no perfil epidemiológico e na programação de ações de atenção à saúde⁽⁷⁵⁾.

Considerando que 45,3% e 34,0% dos participantes foram respectivamente classificados como de risco alto e médio, e conhecendo as variáveis intervenientes sobre a determinação do risco, discutir-se-á nos próximos tópicos a adequação da oferta e da integração das ações e serviços do ambulatório especializado para a provisão de cuidado coordenado aos usuários.

5.2 OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS

A avaliação regular sobre o componente oferta sugere necessidade de melhorias na qualificação e ampliação da capacidade do serviço para além da atenção às necessidades de natureza biológicas e do cumprimento de diretrizes programáticas de acesso universal à TARV, ao atendimento médico, de enfermagem, aos exames laboratoriais para o monitoramento da infecção e condição imunológica das pessoas em tratamento. Estas ações consistem inegavelmente em importantes conquistas da sociedade brasileira, mas que precisam ser ofertadas dentro de um conjunto articulado de ações e serviços para a produção de cuidado integral.

Não se desconsidera, evidentemente, a relevância do desempenho da equipe especializada no tocante ao monitoramento da situação imunológica dos usuários do serviço, cujas contribuições na previsão de risco de eventos mórbidos associados à aids já foram discutidos anteriormente. Assim como se reconhece a importância da oferta de consultas médicas e de enfermagem, visto que consistem em intervenções estratégicas norteadoras de condutas subsequentes no contínuo do cuidado, bem como constata-se as contribuições do acompanhamento clínico para a identificação e manejo oportuno das necessidades singulares dos usuários, da contagem de LT-CD4+/CD8 e CV para a detecção de casos mais propensos a manifestações de sintomas da doença, a infecções oportunistas e ao uso de maior número de medicamentos^(59,76), desfechos que resguardam repercussões negativas sobre a qualidade de vida das pessoas em tratamento.

No entanto, a cronicidade da doença e a multiplicidade da repercussão da infecção/adoecimento/tratamento para a vida das pessoas demandam a incorporação de atributo multidisciplinar ao foco biológico, que ainda orienta de modo majoritário o manejo da infecção e eventos mórbidos associados no contexto da assistência ambulatorial especializada⁽⁷⁷⁾.

Considerando as competências da equipe mínima exigida para o SAE⁽⁷⁸⁾, as fragilidades na oferta de visita domiciliar e a avaliação/acompanhamento da situação de saúde do parceiro/familiar inseridas na dimensão “avaliação clínica e laboratorial”, impetram investimentos na extensão das ações cuidativas para os contextos familiares, e o desenvolvimento de uma clínica que reconheça o indivíduo e sua família como um sistema, buscando nesta recursos para melhor compreensão da situação de saúde da pessoa e recursos de cuidado⁽⁷⁹⁾.

Outra fragilidade do serviço nessa dimensão envolveu a capacidade de resposta a agudizações já instaladas, observadas a partir da satisfação regular sobre a oferta de atendimento de intercorrências, uma importante lacuna no sentido de minimizar desfechos desfavoráveis relacionados à infecção, doenças associadas ou à TARV⁽²⁷⁾.

Considerando-se que o *status* de infectado pelo HIV gera para o indivíduo algumas responsabilidades no cuidado com a saúde, a construção de habilidades para a autoproteção em relação à adesão ao tratamento, mudanças da rotina de vida (envolvendo prática sexual, alimentação, atividade física), politização e socialização são fundamentais aos indivíduos diante do enfrentamento das adversidades físicas e psicossociais, sobretudo decorrentes do adoecimento^(67,80).

Destaca-se, portanto, que a dimensão “prevenção e estímulo ao autocuidado” foi a mais bem avaliada por parte dos usuários (69,57%), sinalizando a oferta de insumos e de orientações de educação em saúde fundamentais para subsidiar o empoderamento dos usuários na adoção de práticas de vida mais saudáveis, favoráveis à prevenção de complicações associadas ao imunocomprometimento e à terapêutica.

A oferta satisfatória de preservativos, um importante insumo na prevenção de complicações decorrentes do contato sexual desprotegido, além de prevenir a infecção de parceiros soronegativos, transmissão vertical, e exposição a outras doenças sexualmente transmissíveis, estimula o exercício da sexualidade de modo responsável e seguro⁽⁸¹⁾.

Na medida em que intervêm orientando os usuários para as mudanças de comportamentos em relação às suas condições de saúde, os profissionais do serviço, além de desempenhar seu papel educativo, estimulam a postura proativa sobre a gestão da condição de

saúde, um comportamento fundamental no manejo de condições crônicas⁽²⁾, com repercussões positivas sobre a capacitação dos usuários para que atuem como agentes da coordenação do seu próprio cuidado.

Entretanto, observou-se uma assimetria entre as orientações acerca de vacinas e a oferta insatisfatória deste importante insumo de prevenção de infecções oportunistas, considerando-se a existência de esquemas especiais que atendem às especificidades desta população no que se refere à imunogenicidade e aos riscos da utilização de agentes vivos atenuados⁽⁵⁹⁾.

Destaca-se que as dimensões que mais contribuíram para a avaliação insatisfatória da oferta foram respectivamente: “Tratamento”, “Apoio Psicossocial” e “Diagnóstico de coinfeção TB/HIV”.

No tocante ao tratamento, sabe-se que o tempo prolongado, número de doses e drogas, mudanças requeridas no estilo de vida e a existência de efeitos colaterais constituíram problemática que se contrapôs aos benefícios do tratamento em diversas proporções^(8,79), o que instigou através das pesquisas a disponibilidade atual de opções terapêuticas mais simples (redução do número de doses diárias), mais cômodas (redução das restrições relacionadas à conservação dos fármacos) e mais toleráveis⁽⁵⁹⁾.

Contudo, alterações e síndrome metabólicas, lipodistrofia e outros efeitos colaterais inerentes à toxicidade dos ARV continuam constituindo-se em importantes desafios à adesão terapêutica, requerendo acompanhamento e intervenção profissional (farmacológica e não farmacológica) e atuação colaborativa entre usuários e equipe para seu enfrentamento nos microespaços de provisão do cuidado.

Nessa direção, é oportuna não apenas a oferta de orientações adequadas, mas o acompanhamento e controle dos efeitos colaterais para prevenir falhas na adesão capazes de redundar em complicações das condições clínicas. Portanto, embora a oferta de medicamentos ARV tenha sido avaliada satisfatoriamente pelos usuários, a avaliação negativa sobre a oferta de medicamentos para evitar/diminuírem estes efeitos, cuja necessidade foi observada em 16% dos participantes, representa uma importante lacuna na abordagem preventiva dos entraves a adesão à TARV.

Além disso, a avaliação insatisfatória da oferta de medicamentos para evitar doenças oportunistas reafirma a fragilidade da assistência local na dimensão “tratamento”, sob o foco em análise, considerando-se que as ocorrências destas doenças impactam negativamente sobre a morbimortalidade e geram prejuízos à qualidade de vida das PVHA⁽⁸²⁾.

A cronicidade da aids e a diversidade das naturezas de suas repercussões demandam uma assistência profissional que valorize o acompanhamento dos aspectos psicossociais no sentido de subsidiar continuamente a organização dos serviços para atender às necessidades de cuidado à luz da integralidade ⁽⁷⁹⁾.

Ressalta-se, portanto, que a oferta de apoio psicológico foi a única variável positivamente avaliada na dimensão apoio psicossocial, constituindo um importante recurso de cuidado, visto que a condição sorológica e o tratamento remetem a problemas psicológicos de gravidades variadas capazes de impactar na condição imunológica, na adesão terapêutica e na qualidade de vida ⁽⁸³⁾.

Entretanto, sabe-se que a convivência com a infecção é marcada pelo enfrentamento de desafios diários e que integra um conjunto de significados construídos e enfrentados no convívio social ⁽⁸⁴⁻⁸⁵⁾. Daí a relevância dos grupos de convivência e outras atividades coletivas, que apesar de haver espaço físico ideal à sua realização, contrariando a realidade de outros SAEs ⁽⁸⁶⁾, constituiu, no contexto da dimensão em análise, uma fragilidade do serviço à luz do fortalecimento das redes de apoio social.

Estas constituem, segundo literatura internacional e nacional, embora esta última ainda emergente, em recurso terapêutico de benefício mútuo (mobilizado e oferecido por pessoas com a infecção, ou do núcleo familiar) e valioso para o melhor enfrentamento de problemáticas inerentes à doença e ao tratamento. Na conjuntura das contribuições das redes de apoio social às PVHA inclui-se o ajustamento de comportamento, autogerenciamento nas relações com o adoecimento, tratamento e cuidados com a saúde (adesão terapêutica, melhora da qualidade de vida, adoção de novos estilos de vida), capacitação para a prevenção de riscos às doenças e agudizações, numa proporção instrumental mais significativa do que aquelas promovidas pelo atendimento profissional e individualizado ⁽⁸⁷⁾.

Ainda no contexto do apoio psicossocial, observou-se historicamente uma grande participação da sociedade civil na criação de espaços de troca de experiências, que tem fomentado a construção de conhecimento e divulgação de informações inerentes à infecção e aos direitos humanos e sociais destas pessoas. Nesta perspectiva, as ONGs/Aids têm contribuído com a capacitação dos indivíduos para o autocuidado e devem ser valorizadas pelos profissionais tanto pela redução das vulnerabilidades ao adoecimento e agudizações, quanto como recursos terapêuticos ⁽⁷¹⁾.

Logo, compreender as características do apoio social e das interações familiares dos usuários, bem como conhecer e intervir sobre a disponibilidade de recursos e aparelhos sociais com potenciais para contribuir com o tratamento ⁽⁸⁸⁾, são ações que merecem ser

valorizadas pelo serviço. Fica assim representada no estudo uma fragilidade do cuidado ofertado, compreendida como um resquício das modalidades tecnoassistenciais de natureza curativa, que por muitos anos fundamentaram a atenção à saúde no sistema brasileiro, mas que colecionaram insucessos no que diz respeito à qualidade da atenção a condições crônicas como o HIV/aids.

Considerando-se que a tuberculose (TB) é a doença oportunista de maior impacto sobre a morbimortalidade por aids, a principal causa de óbito por doença infecciosa, com letalidade de 6% entre os infectados pelo HIV (percentual três vezes mais elevado do que o da TB na população em geral), as ações prioritárias da prevenção desta infecção entre as PVHA, instituídas pelo Ministério da Saúde^(59, 89), incluem a verificação, em todas as consultas, da presença de sintomas sugestivos como tosse, febre, emagrecimento e sudorese noturna, cuja presença deve indicar a oferta de exames para diagnóstico e o tratamento da TB entre os coinfectados.

Além de constituir em recurso para o diagnóstico da TB, a baciloscopia, associada ao teste de sensibilidade, possibilita o conhecimento do perfil de sensibilidade aos medicamentos utilizados para tratar a infecção, auxiliando na instituição de tratamento mais eficaz, visto que a resistência medicamentosa é maior neste grupo⁽⁵⁹⁾.

A prova tuberculínica, por sua vez, é oportuna para o diagnóstico da infecção latente nas PVHA assintomáticas para TB, sobretudo após reconstituição imunológica (pós introdução dos ARV)⁽⁵⁹⁾.

Já o raio X, além de contribuir com o diagnóstico diferencial de outras infecções, auxilia na exclusão da TB ativa quando associado a critérios clínicos e ao exame bacteriológico, intervenção necessária antes da indicação do tratamento da infecção latente no sentido de evitar a indução de resistência medicamentosa⁽⁵⁹⁾.

A avaliação insatisfatória da oferta destes exames diante de sintomas sugestivos de TB é, portanto, um aspecto preocupante na perspectiva da prevenção de complicações e mortalidade dos usuários do serviço, e aponta para uma fragilidade no desempenho frente ao alcance da meta de redução pela metade do número de mortes de PVHA devido à TB⁽³⁾.

As três dimensões da oferta com os menores percentuais de satisfação (diagnóstico coinfeção TB/HIV, Tratamento e Apoio psicossocial) corroboram com a observação de que, apesar dos avanços no tratamento (numa perspectiva científica e tecnológica) e da política de enfrentamento do HIV/aids, as lacunas no cuidado das pessoas (inclusive no contexto da dimensão organizacional da gestão do cuidado) se concentram principalmente no suporte à convivência com a infecção/adoecimento/tratamento, e na atenção às necessidades de

natureza psicossociais, que por sua vez repercutem sobre a capacidade de autonomia para o cuidado de si^(77,90-91).

Além disso, a inferência, através dos escores padronizados da regressão logística linear, de que as dimensões “avaliação clínica e laboratorial” e “prevenção e estímulo ao autocuidado” foram as que mais contribuíram para a avaliação da oferta, e sendo estas as mais bem avaliadas tendo como referência o percentual médio de satisfação, compreende-se que o desempenho do serviço no contexto destas dimensões não foi suficiente para elevar a avaliação do componente para um nível satisfatório. Esta constatação reafirma a importância de haver bom desempenho do serviço em todas as dimensões analisadas para a qualificação da oferta, e que as ações de melhoria devem priorizar as fragilidades já apontadas nas cinco dimensões.

A medida de associação entre oferta e risco (*d de Somers* com valor negativo, sinalizando contraposição) sugere que na realidade do serviço os usuários com maior risco clínico podem não estar sendo priorizados na oferta de ações às suas necessidades. Tal aspecto merece atenção, considerando-se que quando o planejamento da oferta não consegue identificar e focalizar, com intervenções diferenciadas, pessoas com alguma condição de saúde segundo a estratificação dos seus riscos, empreendem-se esforços e recursos em intervenções desnecessárias, equivocadas e ineficientes⁽²⁾, e que não contribuem com o cuidado coordenado do usuário na RAS.

Destaca-se, entretanto, na perspectiva do cuidado em rede, que há de se analisar se as lacunas de desempenho do serviço em relação ao componente oferta são sanadas pelo desempenho na integração do ambulatório a outros recursos com capacidade para responder às necessidades não supridas, conteúdos do tópico a seguir.

5.3 INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS

A avaliação atribuída ao componente integração, considerando-se o conjunto de variáveis que o compõem, legitima a compreensão de que as diretrizes normativas inerentes ao monitoramento clínico e à adesão ao tratamento ARV exercem importante influência sobre a articulação do ambulatório especializado, considerando-se os contextos intra e interníveis assistenciais. Portanto, as fragilidades de desempenho neste componente agregam desafios à construção de uma prática interdisciplinar⁽⁸⁶⁾ e de assistência em rede, fundamentais à provisão de cuidado integral e coordenado às PVHA.

A prática interdisciplinar, princípio que orientou a implantação dos SAEs e a atuação de uma equipe mínima, evocada em respeito à complexidade das necessidades de cuidado originadas pela infecção, demanda, à luz da integralidade e coordenação do cuidado, a superação da fragmentação no cotidiano dos serviços, através da legitimação de um saber-fazer comum, orientado por objetivos sinérgicos⁽⁸⁶⁾.

Para tanto, tão importantes quanto a composição multidisciplinar da equipe do ambulatório em análise, são as adequações dos mecanismos e tecnologias organizativas do trabalho para o fortalecimento das interações entre os sujeitos envolvidos no complexo processo de atenção à saúde das PVHA.

Logo, a inexpressão de sistemas informatizados de armazenamento, recuperação e uso de dados e informações em saúde ⁽⁹²⁻⁹³⁾ diminui não apenas a capacidade operacional de articulação da equipe do ambulatório (provavelmente refletida na maior insatisfação com a GI), mas da rede como um todo, requerendo maior esforço para a atuação harmoniosa entre a equipe, e desta com a rede, fundamental à implementação dos planos terapêuticos⁽²⁾.

Portanto, investimentos em tecnologias de informação e comunicação (TIC) são algumas das providências possíveis à melhoria do ambulatório neste aspecto, a exemplo da instituição de prontuários eletrônicos^h que, ao integrar a informação e facilitar a comunicação entre as pessoas envolvidas na provisão do cuidado, além de aprimorar os processos de tomada de decisão, pode auxiliar na coordenação das ações⁽⁹³⁻⁹⁴⁾ entre a equipe do ambulatório e entre esta e os demais pontos de atenção da rede.

No conjunto dos benefícios mencionados ressalta-se ainda a possibilidade de compartilhamento de decisões em saúde, o que nos sistemas fragmentados se encerra nos domínios específicos das diversas especialidades, contribuindo, assim, com a gestão de um trabalho clínico conjunto e com a qualificação do atendimento profissional para o cuidado continuado^(2,28).

No contexto da integração interna, e na ausência deste recurso de compartilhamento de informação, a avaliação negativa sobre o recebimento dos resultados impressos dos exames sugere limitações para o trabalho interdisciplinar e continuado, considerando-se a falta de acesso a estes resultados tanto pelos profissionais de outros pontos da rede, quanto por agentes do cuidado não profissional, cujo acesso aos prontuários é praticamente inviável.

^h Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP) são sistemas informatizados, de registro e acesso (a quem de direito) a dados e informações referentes a usuários dos sistemas de saúde, produzidos em vários formatos, e cujo princípio básico de sua utilização é a integração da informação ⁽⁹³⁾.

O contraste de satisfação dos usuários em relação à gestão das informações inerentes às condições de saúde, tratamento ARV, ocorrência de possíveis efeitos colaterais e de outras intercorrências relacionadas à doença e ao tratamento, com a avaliação insatisfatória sobre a gestão das informações inerentes às condições de vida e recebimento de apoio dos familiares/parceiros/amigos, manifesta o valor atribuído pela equipe especializada às informações de natureza biológica, e as fragilidades de sua integração para a satisfação das necessidades de atenção psicossociais, aspectos que encontram ressonância na análise do componente oferta.

Contrariando as dessemelhanças (sobretudo no que se refere às características organizacionais da rede e disponibilidade de TIC), estudo desenvolvido em Ribeirão Preto (SP), no mesmo período e focalizando a avaliação de desempenho da atenção ambulatorial especializada, apontou que apesar de a integração ter sido mais bem avaliada pelos usuários como um todo, a insatisfação recaiu também sobre a entrega de resultados de exames impressos, questionamento sobre condições de vida, sobre o recebimento de apoio do núcleo familiar/parceiros/amigos, e sobre orientações acerca de ONGs/Aids com atuação no município⁽²⁷⁾.

Sugere-se, a partir do exposto, que as fragilidades relativas a estes indicadores não se encerram no plano da disponibilidade de tecnologias (TIC e protocolos clínicos, por exemplo), desvelando necessidades de maior responsabilização da gestão e dos profissionais do ambulatório sobre o ordenamento criativo e cotidiano dos processos de trabalho, e sobre a (re)organização da oferta e das articulações *do* e *com* o serviço⁽⁹⁵⁾ na direção da produção de cuidado integral e continuado, à luz das necessidades de cuidado da clientela (usuários).

A respeito dos indicadores avaliados insatisfatoriamente destaca-se que, além da família constituir-se em foco das ações cuidativas, o potencial da participação do núcleo familiar sobre o bem-estar físico, psicológico, melhora da autoestima, autoconfiança e autoimagem das PVHA é um aspecto amplamente discutido na literatura^(84-85,96-97). Vários autores apontam evidências de impactos positivos no enfrentamento das adversidades inerentes ao diagnóstico e à convivência com a infecção, cujas problemáticas incluem o estigma, discriminação e as mudanças de hábitos de vida requeridos para a adesão ao tratamento e prevenção de doenças, as quais demandam intervenções de apoio cotidianas.

Estas considerações enfatizam os benefícios da incorporação da família à assistência profissional, a necessidade de se investir na capacitação e na articulação para que esta manifeste seu potencial na rede de apoio, e a necessidade de responsabilização da equipe do ambulatório por estas iniciativas.

No tocante à integração externa, a baixa expressividade de relações entre a equipe e outros recursos que politicamente compõem a rede no município e estado aponta indícios de vulnerabilidade de articulação, um dos eixos da integração⁽⁹⁸⁾ que envolve os modos e graus de composição de saberes interdisciplinares e intersetoriais na provisão do cuidado.

Esta constatação corrobora com a realidade apresentada por um estudo desenvolvido em 2007, que utilizando instrumento oficial (Qualiaids) para avaliar a qualidade da assistência prestada por serviços ambulatoriais de atenção às PVHA e do SUS em todos os estados brasileiros, identificou, no plano da articulação, insuficiência de mecanismos de comunicação com Organizações da Sociedade Civil (OSC)⁽⁹⁹⁾.

Considerando-se a existência de ONG/Aids na capital, com atividades não apenas preventivas, mas de natureza assistencial, ressalta-se a necessidade de maior sensibilização dos profissionais do ambulatório para a consolidação das parceiras oficialmente instituídas na direção do fortalecimento da rede frente ao atendimento das demandas sociais, bem como o monitoramento contínuo por parte dos gestores para que as fragilidades de articulação não se materializem em vulnerabilidade da atenção à saúde (vulnerabilidade programática)^(4,86).

É preciso considerar que a provisão de cuidado integral e continuado às PVHA é incompatível com a lógica da atenção restritiva aos serviços de saúde e à assistência profissional, cuja participação se dá mais enfaticamente nas consultas de acompanhamento e nos episódio de agudização clínica.

Embora a atenção especializada tenha uma participação importante no acompanhamento durante o período de estabilidade, outros elementos terapêuticos devem ser mobilizados, a exemplo da família e das OSC⁽¹⁰⁰⁾ para que haja atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, além do autocuidado apoiado, qualidades fundamentais à adequação da atenção às condições crônicas⁽²⁾.

Ainda no contexto da integração externa, apesar da maior parte dos indicadores ter recebido avaliação positiva, a satisfação regular sobre o encaminhamento para atendimento em outros serviços chama a atenção para dois aspectos que merecem ser discutidos. O primeiro refere-se à centralização do cuidado das PVHA nos serviços especializados; o segundo remete a possíveis falhas no acesso ao cuidado na rede pública de saúde (sistema de referência e contrarreferência), duas situações que contrariam a lógica da organização dos serviços em rede, fundamental ao cuidado continuado.

A respeito da centralização, Mendes⁽²⁾ esclarece que em decorrência da falta de clareza e concisão na definição dos papéis e relações entre os níveis de atenção, os usuários são

captados de forma definitiva pela atenção especializada, sobretudo quando não há, por parte desta, consideração da capacidade resolutiva da APS.

Atrelado a isto a literatura sugere que a ênfase na APS ou ABS sobre as ações preventivas e de promoção à saúde (incluindo a identificação de grupos vulneráveis), quando resultam na restrição das ações de enfrentamento do HIV/aids à disponibilidade de testes rápidos, aconselhamento e atividades de educação em saúde, ressoam uma inexpressão de atividades dirigidas às pessoas infectadas e sobretudo que vivenciam o processo de adoecimento, que não reconhecem a ESF como espaço de prestação dos cuidados dos quais necessitam⁽¹⁰¹⁻¹⁰²⁾. A pouca utilização da ESF pelos usuários do ambulatório e pouca expressividade desta equipe no acompanhamento do tratamento específico no contexto da ABS possivelmente legitimam estes argumentos.

Porém, embora no panorama atual os ambulatórios especializados consistam no principal cenário de oferta de cuidados específicos às PVHA, a efetivação da ESF como porta de entrada preferencial da RAS é uma necessidade frente ao adequado manejo de agravos, sobretudo crônicos, nos diversos contextos sanitários^(70,103).

Na contramão desta lógica, observou-se localmente que a utilização do pronto atendimento (PA) pelos participantes foi aproximadamente 1,5 vezes a frequência de utilização da ESF. A análise desta situação associada à prevalência de usuários com risco alto e médio ressalta a necessidade de colaboração da equipe do ambulatório para que estas situações se invertam. Cabe à ESF, diante da necessidade de encaminhamento para os serviços especializados, o exercício da corresponsabilidade sobre o acompanhamento dos casos e o fortalecimento da integração entre os diferentes pontos de atenção da rede, cuja resolubilidade varia de acordo com os recursos financeiros, técnicos, humanos, e de infraestrutura^(70,103).

Ressalta-se ainda que a baixa frequência de utilização de serviços hospitalares pode não estar necessariamente relacionada à capacidade resolutiva do ambulatório para a oferta de ações preventivas de eventos mórbidos indicativos de hospitalização, mas sim à efetiva articulação da equipe do SAE com o Hospital do Complexo, com o qual compartilha a mesma estrutura física (visto que todos os usuários expressavam nítida compreensão de que o hospital era uma extensão do SAE, não o classificando na categorização: uso de outros serviços). Porém, na lógica da rede e da coordenação, a articulação nesta dimensão deve acontecer mesmo que não haja colaboração da estrutura física para tal.

Outros argumentos identificados na literatura para a apropriação do cuidado das PVHA pela atenção especializada incluem as facilidades de acesso universal à assistência e

tratamento específicos, a formação multiprofissional, capacitação técnica e ética dos profissionais para lidar com os problemas singulares à convivência com a infecção, e até a existência, nos contextos de atenção específica, de maior preocupação com o uso de códigos de linguagem politicamente corretos^(14,40,49,104).

Estes argumentos podem contribuir com o entendimento equivocado dos usuários de que o serviço especializado dispõe de todos os recursos para o suprimento das necessidades em saúde, independentemente do nível de complexidade. Quando estas situações ocorrem em contextos com falhas na regulação do acesso aos serviços da rede, e o protagonismo do usuário se expressa como determinante no direcionamento do fluxo de atenção às suas necessidades dentro da RAS, o resultado é a fragmentação e descontinuidade do cuidado^(2,27,40,105).

Nestas situações parece haver relação conflituosa entre a compreensão dos usuários do sistema acerca das necessidades da utilização dos serviços de saúde, e a organização destes para a provisão de atenção continuada às suas necessidades. Com base na existência desta possível relação no contexto analisado, e a constatação de avaliação regular sobre o encaminhamento para atendimento em outro(s) serviço(s), acredita-se que a organização da rede assistencial local para o cuidado continuado demanda investimentos programáticos nos planos do meso e microespaços de provisão do cuidado^(28,40).

Além disso, focalizando o protagonismo dos profissionais no estabelecimento de relações na rede, os resultados inerentes ao uso dos serviços, tanto na dimensão gestão da informação quanto gestão do usuário, sugerem baixa expressão de iniciativas de articulação entre a equipe do ambulatório e as equipes da ESF e do PA. A este respeito sugere-se como medida de enfrentamento a promoção de maior contato pessoal e de relações diretas entre profissionais para a criação de uma cultura de colaboração, apontada como estratégia incipiente no Brasil, porém exitosa para a integração do cuidado, inclusive entre níveis⁽²⁵⁾.

Assim como observado na análise do componente Oferta, identificou-se maior participação de usuários do estrato de risco alto na classificação insatisfatória e regular da integração, o que baliza o entendimento de que não houve consideração das necessidades de atenção deste grupo na efetivação deste importante componente para o cuidado continuado e coordenado.

A superação destas fragilidades e o aumento da capacidade funcional da rede teriam início pela adequação da Política Pública, compreendida como macroespaço de produção do cuidado, de onde emergem os modelos de atenção e os fundamentos diretivos da organização dos serviços^(28,40). Sabe-se, contudo, que a política de enfrentamento da aids é a que mais

orienta a prática para a horizontalização do acesso⁽⁴⁰⁾, com a propositura de atenção a necessidades de cuidados em todos os níveis de atenção em saúde.

Portanto, para que os fundamentos éticos e políticos instituídos se materializem em prática interdisciplinar e intersetorial, capaz de resultar na produção de cuidado coordenado às PVHA, são necessários investimentos na gestão do cuidado na rede local, nas dimensões profissional e organizacional ^(39,44), não só no contexto da atenção ambulatorial especializada mas em todos os serviços que a compõem. Para tanto, é preciso despertar as corresponsabilidades e potencialidades de gestores, profissionais, sociedade civil organizada, usuários e famílias no planejamento e implementação do projeto local pró-coordenação do cuidado às PVHA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que a coordenação do cuidado às PVHA é a resultante de um processo harmonioso e articulado de consecução de saberes, atos, procedimentos, rotinas, fluxos, serviços, compartilhamento de informações e arranjos institucionais (e intersetoriais) envolvidos na atenção resolutiva das necessidades de cuidado destas pessoas dentro da RAS, para a realização dos projetos de vida.

Reconhecer o caráter dialógico imbricado na relação dos componentes desta complexa trama e que as medidas pró-coordenação impetram intervenções no campo da gestão e produção do cuidado, nos contexto meso (organização dos serviços) e micro (cuidado direto), remete aos apontamentos a seguir oriundos da análise das contribuições da oferta e da integração do serviço ambulatorial especializado (considerando-se aspectos da estrutura e do processo) para a coordenação do cuidado às PVHA dentro da RAS, os quais constituíram objeto do presente estudo.

No contexto da dimensão oferta observou-se a priorização de ações direcionadas ao controle da infecção, manejo clínico da doença, e efetivação do tratamento ARV, com destaque para a oferta satisfatória de preservativos, de medicamento ARV, monitoramento da condição imunológica, oferta de consultas médicas e de enfermagem de rotina, e de orientações para o autocuidado em saúde.

Estas ações ressaltam a excelência do desempenho do serviço no cumprimento de importantes diretrizes normativas do cuidado às PVHA no SUS, englobadas na atenção às necessidades de natureza biológica, como ficou explicitado através dos indicadores clínicos positivos identificados no momento da entrevista. Destaca-se neste contexto a forte expressão da atenção profissional, e a valorização dos aspectos psicológicos por parte da equipe do ambulatório em análise.

Entretanto, a constatação da interveniência não apenas de fatores clínicos, mas outros de interface social sobre o risco de desfechos indesejados associados à aids (com reflexos sobre a diminuição de LT-CD4+, aumento de CV, aumento da ocorrência de doenças oportunistas, doenças crônicas, manifestações clínicas de adoecimento), remete à necessidade de ampliar o foco das ações do ambulatório para além: da mobilização de recursos técnicos destinados à implementação da TARV e monitorização da condição imunológica das pessoas em tratamento; do manejo clínico das condições já instaladas; e do cuidado profissional.

Neste sentido, ressaltam-se as contribuições da estratificação de risco clínico dos usuários como tecnologia para conferir ao planejamento da oferta do ambulatório maior coerência com as demandas de atenção e orientar o estabelecimento oportuno de articulações

com outros serviços e setores para que as ações sejam mais sinérgicas dentro da rede de cuidados, e ancoradas aos princípios da equidade e integralidade.

É importante ressaltar que a utilização da referida tecnologia não deverá subsidiar atitudes discriminatórias e obstacularizadoras do acesso de usuários com melhores escores de risco a recursos de cuidados, nem cercear as singularidades e autonomia destes nas escolhas por opções terapêuticas mais adequadas aos contextos e projetos de vida, atitudes destoantes com a coordenação do cuidado.

A pertinência e potencial do escore de risco sugerido pelo estudo (utilizando-se a associação dos indicadores LT-CD4+, CV, ocorrência de doenças oportunistas, doenças crônicas e manifestações clínicas) para a organização da atenção diferenciada aos usuários ressalta a relevância da utilização deste recurso não apenas na organização da APS, mas da AAE, contexto no qual esta tecnologia surge como inovação.

Considerando-se a prevalência de usuários com estratos de risco alto e médio e a constatação da influência da oferta sobre o escore de risco e sobre a satisfação com a integração, as recomendações operacionais na direção da qualificação do serviço no componente oferta incluem o desenvolvimento das seguintes ações:

1. Prevenção e manejo oportuno de efeitos colaterais da TARV;
2. Prevenção/diagnóstico precoce/ tratamento de infecções oportunistas, como a TB;
3. Extensão das ações de cuidado para a família, reconhecendo-a como sujeito (foco dos cuidados) e como recurso terapêutico;
4. Identificação e intervenção sobre problemas potenciais ou já instalados, de natureza social (sobretudo com a constatação da interveniência dos fatores: situação empregatícia, classe econômica, e cor sobre o risco de desfechos indesejados).

Ressalta-se que o desenvolvimento destas ações requer a mobilização de competências no campo profissional e organizacional da gestão do cuidado. No primeiro, os investimentos devem fortalecer a postura ética, mobilização de conhecimento e criatividade na prática do cuidar e na construção de vínculo do usuário com a rede. No segundo, devem incluir a efetivação de espaços compartilhados de planejamento e pactuações necessárias à implementação de protocolos clínicos consensuados e de planos terapêuticos.

Além disso, as características locais dos usuários e o reconhecimento do trabalho para a qualidade de vida das PVHA ressaltam a necessidade de intervir sobre a ampliação do acesso aos recursos do ambulatório, através da flexibilidade do horário de atendimento da equipe, com a extensão para o período noturno.

As insatisfações sobre propriedades da integração chamam a atenção para fragilidades que se coadunam na expressão de uma vulnerabilidade de cunho técnico/organizativa e comunicacional, comprometendo a exequibilidade do compromisso ético/político do serviço, que é o de satisfação das necessidades de saúde das PVHA através de atenção integral e acompanhamento permanente, visto que este objetivo só é viável na provisão do cuidado em rede.

Portanto, as fragilidades identificadas no componente integração apontam para as seguintes recomendações intrínsecas às competências organizacionais da gestão do cuidado:

1. Fortalecimento da intersetorialidade;
2. Fortalecimento dos mecanismos de gestão da informação da rede como um todo;
3. Consolidação da ESF como integrante e coordenadora dos cuidados na rede.

Cabe destacar que para a concretização da última recomendação são necessários: investimentos na qualificação da ESF para atender as demandas das PVHA; corresponsabilização de todos os serviços dos níveis de atenção, haja vista a coordenação depender de processos efetivos de referência e contrarreferência; e implementação de práticas avaliativas e de monitoramento do referido atributo em todos os níveis.

Enquanto recomendações gerais propõem-se:

1. Investimentos em recursos de educação permanente voltada aos profissionais da rede. Sabe-se que a formação (lapidada no cotidiano do trabalho) impacta sobre comportamentos mais favoráveis à identificação de problemas locais e à definição pactuada de condutas e responsabilidades para seus enfrentamentos, benefícios estratégicos diante das adequações de protocolos clínicos (normatizados pela esfera federal) às especificidades dos usuários. Assim, os profissionais adotariam posturas mais sensíveis e responsivas às características locais prevalentes; características essenciais ao manejo das necessidades de atenção e à efetivação de cuidado coordenado.
2. Investimentos em pesquisas operacionais no sentido de assegurar a consideração das características locais na produção de evidências, e a utilização de procedimentos sistemáticos (sob a égide do método científico) na descoberta/construção de mecanismos e tecnologias que fortaleçam o serviço nos pontos de fragilidades, considerando-se a existência de potencialidades na direção da integração da rede.

Diante da amplitude do conceito de coordenação do cuidado, do processo dialógico intrínseco a ele e da pluralidade dos requisitos necessários a sua efetivação, e de agentes

envolvidos na sua execução, as limitações do estudo incluem a ausência de indicadores de resultados na análise realizada, e o fato das avaliações contemplarem apenas a perspectiva dos usuários do serviço. Portanto, abrem-se caminhos à exploração das perspectivas profissionais e da gestão, e da avaliação de indicadores de resultados sobre este objeto de estudo.

Ainda como limitação do estudo destaca-se a utilização de amostragem não probabilística, que apesar de ser mais adequada ao alcance dos objetivos propostos, pelas suas características (falta de aleatoriedade na seleção dos participantes e consequente comprometimento da imparcialidade e representatividade) inviabiliza a generalização dos resultados obtidos para a população do estudo. Este tipo de amostragem resguarda limitações à generalização dos resultados especialmente inerentes às associações e influências envolvendo aspectos sociodemográficos e clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2008 Fev 29 [citado 06 out 2013]; 42 (2): 242-248. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000004>
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.
3. Unaid. Global Report: Unaid Report on the Global AIDS Epidemic 2013; Geneva: 148 p. 2013. [cited 2015 may 18]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf.
4. Ministério da saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 130p.
5. Colombrini MRC, Lopes MHB, Figueiredo RM. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/aids. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2006 dez [citado 06 out 2013]; 40 (4): 576-81].Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/41582/45183>
6. Caraciolo J MM. Adesão aos anti-retrovirais. In: Caraciolo JMM, Shimma E , editora. Adesão da teoria à prática: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/aids; 2007. p. 10-26.
7. Souza TRC. Impacto Psicossocial da aids: enfrentando perdas... resignificando a vida. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/aids; 2008. 90p.
8. Padoin SMM, Machiesqui SR, Paula CC, Tronco CS, De Marchi MC. Cotidiano Terapêutico de Adultos Portadores da Síndrome de Imunodeficiência adquirida. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2010 jul-set [citado 01 out 2014];18(3): 389-93. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a09.pdf>
9. Monteiro JFA, Figueiredo MAC. Vivência profissional: subsídios à atuação em HIV/aids. Paidéia [Internet]. 2009 [citado 22 jan. 2013];19(42): 67-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n42/09.pdf>
10. Saldanha AAW. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soro positividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável.[Tese de doutorado]. [Ribeirão Preto (SP)]: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP; 2003. 257p.
11. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface [Internet]. 2004 [citado 04 jan 2013]; 8 (14): 73-92. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf>
12. Souza da Silva CG. Serviço de assistência especializada (SAE): uma experiência profissional. Psicol. cienc. prof. [Internet]. 2007 mar [citado em 04 out 2014]; 27 (1):156-63. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100013&lng=pt&nrm=isohttp://go.microsoft.com/fwlink/?LinkId=56626&homepage=http://clikseguro.com/
13. Ministério da saúde (BR). Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids UNGASS – HIV/Aids: Resposta Brasileira 2008-2009: Relatório de Progresso do País. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Plano Estratégico do Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília:Ministério da Saúde; 2005.
16. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2004 [citado 10 abr 2012]; 20(2):5331-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>
17. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512p.
18. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde;2002. 725p.
19. Núñez RT, Lorenzo IV, Naverrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit [Internet]. 2006 [citado 12 abr 2012]; 20: 485- 95. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012
20. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude soc.* [Internet]. 2011 [citado 30 mai 2015];20 (4): 867-74. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>
21. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES; 2012.
22. Almeida PFD, Giovanella L, Mendonça MHMD, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad Saude Publica [Internet]. 2010 [citado 02 fev 2014];26(2): 286-98. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>
23. Almeida PFD, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2011 [citado 01 set 2015]; 29(2), 84-95. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>
24. Almeida PFD, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. Saúde em Debate [Internet]. 2012; 36(94), 375-391. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a10v36n94.pdf>
25. Almeida PFD, Gervás J, Freire JM, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. Saúde debate [Internet]. 2013 [citado em 30 jul 2015];37 (98): 400-415. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a04v37n98.pdf>
26. Cunha ED, 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 [Internet].2011[citado em 01 set 2015]; 1029-1042. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>
27. Lopes LM., Magnabosco GT, Andrade RLDP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Ravanholi GM, et al. Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/AIDS em um

- município do Estado de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014[citado 20 mar 2015];30(11):2283-2297. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00091213>.
28. Organização Mundial de Saúde (OMS). Cuidados Inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília; 2003.105p.
29. Merhy EE, Cecilio LC. O. Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais. Saúde Debate [Internet]. 2003[citado em 18 fev 2015];22(64):110-12. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-15.pdf>
30. Donabedian A. La Calidad de la atención médica: Definición y Métodos de Evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984. 194p.
31. Tanaka YO, Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um Modo de Fazer. São Paulo: EDUSP; 2001. 83p.
32. Hartz ZMA, org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997 [citado em 03 ago 2014]. 132 p. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7476/9788575414033>.
33. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde; 2013[citado em 20 fev 2015]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf
34. Ministério da saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Boletim Epidemiológico - Aids e DST, Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidem_hiv aids_2013.pdf. Acesso em: 02 março de 2015.
35. Martins T, Kerr LRFS, Kendall C, Mota RMS. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. Fisioterapia & Saúde Funcional [Internet]. 2014 [citado em 30 mai 2015]; 3(1): 4-7. Disponível em: <http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/425/pdf>
36. Mendes EV. A Construção Social da Atenção Primária da Saúde. Documento Preparado para O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília: CONASS;2014.
37. Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW, editors. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press;2007. p.3-21.
38. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface [Internet]. 2005 [citado 04 jan. 2013];9 (16):9-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a02.pdf>
39. Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface [internet]. 2011. [citado 20 mar 2015]; 15(37): 589-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>
40. Palácio MB, De Castro Figueiredo MA, De Souza LB. O Cuidado em HIV/Aids e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência. Psico [Internet]. 2012 jul/set [citado 09 out 2014]; 43(3):350-67 . Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/9816/8237>

41. Santos DF. A Assistência às Pessoas Vivendo com HIV/Aids : Aprendendo a Cuidar do Vírus ou da Pessoa? [Tese de doutorado]. [Rio de Janeiro (RJ)]: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. 201 p.
42. Borges MJ L. Integralidade da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/aids: uma avaliação de serviços de assistência especializada. [Dissertação de Mestrado]. [Recife (PE)]: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2010. 137p.
43. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. 174 p.
44. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2006. p.71-112.
45. Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface [Internet]. 2009 [citado 10 fev 2015]; 13(1):545-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500007>
46. Messeder AM. Avaliação de Estrutura e Processo de Serviços de Farmácia Hospitalar Segundo Nível de Complexidade do Hospital. [Dissertação de Mestrado]. [Rio de Janeiro (RJ)]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005. 118p.
47. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
48. Cardoso-Gonzales RI. O Tratamento Supervisionado no Domicílio para o Controle da Tuberculose no Município de Ribeirão Preto, SP – Brasil: Avaliação de Desempenho. [Tese de Doutorado]. [Ribeirão Preto(SP)]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2005. 100p
49. Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 [citado 09 out 2014]; 20 (2):310-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800024&lng=en
50. Assis MMA, Cerqueira EM, Nascimento MAA, Santos AM, Jesus WLA. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. Revista de APS [Internet]. 2007 [citado 15 ago 2015]; 10;189-99.
51. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introdução à Epidemiologia. 6ª. ed.. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. 296 p.
52. Marques AC. Considerações Acerca da regionalização da saúde no Estado da Paraíba. In: Anais do V Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. Recife, 12 a 14 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.prosaudegeo.com.br/publicacoes/simposiogeogsaude2011/r018.pdf>. Acesso em: 17 outubro de 2014.
53. IBGE. Censo Demográfico 2010. 2010. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf Acesso em 28 de abril de 2015.
54. Brandão ICA, Martiniano, CS, Monteiro, AI, Marcolino EC, Brasil SKD, Sampaio J. Análise da organização da rede de saúde da Paraíba a partir de modelo de regionalização.

- Revista Brasileira de Ciências da Saúde (IMES). 2012 [citado 15 out 2014] ;16: 347-52. Disponível em: <http://www.biblionline.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/12799/8164>. Disponível em:10.4034/RBCS.2012.16.03.1
55. Infosaúde PB. Regiões de Saúde. Disponível em: <http://infosaudepb.saude.pb.gov.br/mosaico/regionalizacao/regmapa>. Acesso em 20 de outubro de 2014.
56. Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais/FHEMIG. Protocolo de Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com HIV/Aids. 2007 [acesso em 25 mai 2010]. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/protocolos-clinicos>.
57. Almeida CM, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2006.
58. Da Hora HRM, Monteiro GTR, Arica, J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o coeficiente alfa de Cronbach. Produto & Produção. 2010;11(2):85-103.
59. Ministério da saúde (BR). Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. [acesso em 16 mar 2015]. Disponível em:http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo_13_3_2014_pdf_28003.pdf
60. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil, 2011 [Internet]. 2011 [citado 2015 abr 20]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx>
61. Fávero LP, Belfiore P, Silva FL, Chan BL. Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. 646 p.
62. Ferreira BE, Oliveira IM, Paniago AMM. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. Rev. bras. epidemiol [Internet]. 2012 [citado em 01 jun 2015];15(1):75-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2012000100007&script=sci_arttext
63. Ministério da saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Paraíba. 5. ed. Brasília : Ministério da Saúde; 2011.
64. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LFD, Guanillo MCLTU, Pereira EG. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva." Rev esc enferm USP [Internet] . 2009 [citado em 05 jul 2015];43(2):1326-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>
65. Silva SFD. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(6): 2753-62.
66. Soares TCM. HIV/AIDS e estilo de vida: parâmetros imunológicos, virológicos, síndrome lipodistrófica e sua relação com a prática de exercícios [Tese de doutorado]. [Natal (RN)]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte;2012. 114p.
67. Viana GMC, Nascimento MDSB, Ferreira AM, Rabelo EMF, Neto JAD, Galvão CS, et al. Evaluation of laboratory markers of progression of HIV disease to death. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [Internet]. 2011 nov 23 [cited 2015 may 30]; 44(6): 657-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822011005000062>

68. Lima DGL, Arruda EAG, Lima AJA, Oliveira BE, Fonteles MMF. Fatores determinantes para modificações da terapia antirretroviral inicial. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2012[citado em 30 mai 2015];58(2): 222-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000200019>
69. Maliska, ICA, de Souza Padilha MICS. Aids: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. *Rev. Eletr.Enf.*[Internet]. 2007 [citado em 30 mai 2015]; 9(03): 687-99. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a09.htm>
70. Silva JAS, Val LF, Nichiata LYI. A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/Aids: uma revisão da literatura. *O Mundo da Saúde* [Internet]. 2010 [citado 2014 Ago 31]; 34(1): 103-8. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/14_revisao_estrategia.pdf
71. Pereira AJ, Nichiata LYI. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet].2011[citado em 2 mar 2015];16(7): 3249-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/24.pdf>
72. Costa DAM, Zago MMF, Medeiros M. Experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2009 [citado em 30 mai 2015]; 22(5):631-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/06.pdf>
73. Bulgarelli AF, Távora PR. Aids e discriminação, a enfermidade no ambiente laboral/Aids and discrimination, the disease in the contextual labour environment. *Ciênc. Cuid. Saúde* [Internet]. 2013.[citado em 30 mai de 2015];12(4): 797-803. Disponível em: 10.4025/cienccuidsaude.v12i4.10919
74. Palha, PF. For a Comprehensive Health System. *Rev. Latino-am Enfermagem* [Internet]. Mar/Apr 2015. [cited 2015 may 20];23(2):181-2. Inglês, Português, Espanhol. Doi: 10.1590/0104-1169.0000.2540. Available from: www.eerp.usp.br/rlae
75. Fry PH, Monteiro S, Maio MC, Bastos FI, Santos RS. Aids tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2007[citado em 30 mai 2015];23(3):497-507. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000300002&script=sci_arttext
76. Geocze L, Mucci S, De Marco MA, Nogueira-Martins LA, de Albuquerque Citero V. Quality of life and adherence to HAART in HIV-infected patients. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2015 fev 05]; 44(4): 743-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400019&lng=en&nrm=iso&tlng=en
77. Figueiredo LA, Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RLP, Faria MF, Goulart, VC et al. Provision of health care actions and services for the management of HIV/AIDS from the users perspective. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2015 fev 05];48(6):1024-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/0080-6234-reeusp-48-06-1026.pdf> DOI 10.1590/S0080-623420140000700010
78. Ministério da saúde (BR). Portaria Conjunta nº 1, de 16 de Janeiro de 2013. Trata da alteração na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids. [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2015 mai 11]. Disponível em <http://www.aids.gov.br/legislacao/2013/52759>

79. Meirelles BHS, Silva DMGVD, Vieira FMA, Souza SDS, Coelho IZ, Batista R. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/aids. Rev. RENE. 2010;11(3):68-76.
80. Caixeta CRCB, Morraye M, Villela WV, Rocha SMM. Social support for people living with AIDS. Journal of Nursing UFPE on line [Internet]. 2011[cited 2015 abr.2];5(8):1920-30. Available from:
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1866/pdf_653 DOI10.5205/01012007
81. Reis RK, Santos CBD, Dantas RAS, Gir E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2011[citado 2015 mar 20];20(3): 365-575. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/19.pdf>
82. Brum, JWA, Conceição AS, Gonçalves FVC, Maximiano LHS, Diniz LBMPV, Pereira MN, et al. Parasitoses oportunistas em pacientes com o vírus da imunodeficiência humana. Rev Bras Clin Med. [Internet]. 2013[citado 2015 mar 20];11(3):280-8. Disponível em:
<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3755.pdf>
83. Reis AC, Lencastre L, Guerra MP, Remor E. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2010;23(3):420-429.
84. Gomes AMT, Oliveira DCD, Santos ÉID, Santo CCE, Valois BRG, Pontes APMD. As facetas do convívio com o HIV: Formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. Esc Anna Nery. 2012;16(1):111-20.
85. Silva LMS, Tavares JSC. The family's role as a support network for people living with HIV/AIDS: a review of Brazilian research into the theme. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015[cited 2015 mar 2];20(4):1109-18. Available from:
http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/pt_1413-8123-csc-20-04-01109.pdf
86. Borges M JL, Sampaio AS, Gurgel IGD. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(1): 147-56.
87. Canesqui AM, Barsaglini RA. Social support and health: standpoints from the social and human sciences. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 [cited 2015 mar 20];17(5): 1103-1114. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500002>.
88. Caixeta CRCB, Morraye M, Villela WV, Rocha SMM. Social support for people living with AIDS. Journal of Nursing UFPE on line [Internet]. 2011[cited 2015 abr.2];5(8):1920-30. Available from:
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1866/pdf_653 DOI10.5205/01012007
89. Ministério da saúde (BR). Secretaria Executiva. Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2013e.
90. Giovelli GRM, Gauer GJC, Calvetti PU. Aspectos bioéticos que envolvem o tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids. Revista Grifos. 2010;19 (28/29):107-120.
91. Santos WJ, Drumond EF, Gomes AS, Corrêa CM, Freitas MIF. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antiretroviral em Belo Horizonte – MG. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2011[citado 2015 abr 10];64(6):1028-1037. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600007

92. Perez G, Zwicker R. Fatores determinantes da adoção de sistemas de informação na área de saúde: um estudo sobre o prontuário médico eletrônico. RAM. Revista de Administração Mackenzie [Internet]. 2010 jan./fev [citado em 20 jul 2015];11(1): 174-200. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ram/v11n1/08.pdf>
93. Marin HF. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. J. Health Inform. [Internet]. 2010 Jan-Mar [citado em 20 jul 2015];2(1): 20-4. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewArticle/2580>
94. Bezerra SM. Prontuário Eletrônico do Paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos Serviços de Saúde. Revista Meta: Avaliação. jan./abr. 2009 [citado em 20 jul 2015];1(1):73-82. Disponível em: <http://revistas.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/view/12>
95. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface [Internet]. 2010;14 (34): 593-606. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>
96. Cardoso AL, Marcon SS, Waidmani MAP. O impacto da descoberta da sorologia positiva do portador de HIV/AIDS e sua família. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2008 jul/set [18 jul 2015]; 16(3):326-32. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a05.pdf>
97. Botti ML, Leite GB, Prado MFD, Waidman MAP, Marcon SS. Convivência e percepção do cuidado familiar ao Portador de HIV/AIDS. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2009;17 (3):400-5. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a18.pdf>
98. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde e Sociedade [Internet]. 2009 [citado em 18 jul 2015]; 18(Supl. 2):11-23. Disponível em: <file:///E:/ORIANA/Downloads/29570-34368-1-PB.pdf>
99. Nemes MIB, Alencar TMD, Basso CR, Castanheira ERL, Melchior R, Britto MTSS, Santos MA. Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids, Brasil: estudo comparativo 2001/2007. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2013 [20 jul 2015];47(1): 137-146. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/18.pdf>.
100. Silveira EAA, Carvalho A MP. Suporte relacionado ao cuidado em saúde ao doente com aids: o modelo de comboio e a enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(3): 645-50.
101. Silva JAS, Val LF, Nichiata LYI. A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/Aids: uma revisão da literatura. O Mundo da Saúde [Internet]. 2010 [citado 2014 Ago 31]; 34(1): 103-8. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/14_revisao_estrategia.pdf
102. Zambenedetti G, Both NS. Problematisando a atenção em HIV/Aids na Estratégia Saúde da Família. Polis e Psique [Internet]. 2012 [citado em 2014 out 14]; 2(1):99-119. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/30512/25707>
103. Ministério da saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2006, 196 p.
104. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Carmo MP. Bioética e HIV/Aids: discriminação no atendimento aos portadores. Revista bioética [Internet] 2009 [citado em 08 jul 2015]. 17 (3): 511-22. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/514
105. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface – Comunic, Saúde, Educ.

[Internet]. 2005[citado em 08 jul 2015]; 9(17): 287-301. Disponível em: 10.1590/S1414-32832005000200006

Anexo A – Instrumento de coleta de dados (Formulário)

Número da Entrevista no Banco de dados: _____
--

Número do questionário: _____	Responsável pela coleta de dados: _____
Município: _____	Local da coleta: _____
Data da entrevista: ____/____/____	Horário de início da entrevista: _____
Digitador: _____	Horário de término da entrevista: _____
	Data da digitação: ____/____/____

I. DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

1.	Iniciais: _____						
2.	Sexo: 1- <input type="checkbox"/> Feminino 2- <input type="checkbox"/> Masculino 3- <input type="checkbox"/> Ignorado						
3.	Idade: _____						
4.	Data Nascimento: _____						
5.	Cor	1 <input type="checkbox"/> Branco	2 <input type="checkbox"/> Preto	3 <input type="checkbox"/> Pardo	4 <input type="checkbox"/> Amarelo	5 <input type="checkbox"/> Indígena	
6.	Estado civil	Solteiro 1 <input type="checkbox"/>	Casado/ União Estável 2 <input type="checkbox"/>	Separado / Divorciado 3 <input type="checkbox"/>	Viúvo 4 <input type="checkbox"/>	Outro _____ 5 <input type="checkbox"/>	
7.	Até que série o(a) Sr.(a) estudou? _____	Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/>	1ª fase do ensino fundamental (incompleto) 2 <input type="checkbox"/>	1ª fase do ensino fundamental (completo) 3 <input type="checkbox"/>	2ª fase do ensino fundamental(incompl.); 4 <input type="checkbox"/>	2ª fase do ensino fundamental (completo) 5 <input type="checkbox"/>	
		Ensino Médio (incompleto) 6 <input type="checkbox"/>	Ensino médio (completo) 7 <input type="checkbox"/>	Ensino superior (incompleto) 8 <input type="checkbox"/>	Ensino superior (completo) 9 <input type="checkbox"/>		
8.	Na atual situação de trabalho considera:	Desempregado(a) 1 <input type="checkbox"/> Quanto tempo: _____	Empregado(a) 2 <input type="checkbox"/> Profissão: _____	Autônomo 3 <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Do lar 4 <input type="checkbox"/>	Estudante <input type="checkbox"/>	Aposentado 6 <input type="checkbox"/> Motivo: _____
						Afastado 7 <input type="checkbox"/> Tempo: _____	
9.	Classificação Econômica (Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa - ABEP) - Classe _____						
10.	O local onde o(a) Sr(a) vive é:	1 <input type="checkbox"/> Domicílio próprio	2 <input type="checkbox"/> Domicílio alugado	3 <input type="checkbox"/> Domicílio Cedido	4 <input type="checkbox"/> Instituição (asilar/ abrigo)	5 <input type="checkbox"/> Morador de rua	6 <input type="checkbox"/> Outro: _____
11.	Comportamento sexual:	1 <input type="checkbox"/> Nunca teve relações sexuais	2 <input type="checkbox"/> Só homens	3 <input type="checkbox"/> Só mulheres	4 <input type="checkbox"/> Homens e mulheres	5 <input type="checkbox"/> Travestis/Transexuais	6 <input type="checkbox"/> Prefere não responder

II. DADOS SOBRE O PERFIL CLÍNICO E ACOMPANHAMENTO DO CASO

12.	Nº SINAN: _____
13.	Nº Hygia: _____
14.	Provável modo de transmissão: 1 <input type="checkbox"/> Transmissão Vertical, 2 <input type="checkbox"/> Sexual 3 <input type="checkbox"/> Uso de Drogas Injetáveis. 3 <input type="checkbox"/> Tratamento/hemotransfusão para hemofilia 4 <input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea 5 <input type="checkbox"/> Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses 6 <input type="checkbox"/> Desconhece
15.	Serviço responsável pelo diagnóstico de infecção pelo HIV 15 a Nome: _____

	15 b Tipo de Serviço de Saúde onde foi feito o diagnóstico da infecção pelo HIV: 1 <input type="checkbox"/> UBS 2 <input type="checkbox"/> USF 3 <input type="checkbox"/> Serviço de saúde com equipe especializada do Programa DST/aids. Especificar _____ 4 <input type="checkbox"/> Hospital 5 <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento 6 <input type="checkbox"/> CTA 7 <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____
16.	Data do diagnóstico da infecção pelo HIV:
17.	Data da Notificação como caso de aids:
18.	Oportunistas na ocasião do diagnóstico enquanto caso de aids 1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> Herpes Zoster 3 <input type="checkbox"/> Citomegalovírus 4 <input type="checkbox"/> Pneumonia. Especificar _____ 5 <input type="checkbox"/> Tuberculose. Especificar _____ 6 <input type="checkbox"/> Criptococose 7 <input type="checkbox"/> Toxoplasmose 8 <input type="checkbox"/> Candidose Oral 9 <input type="checkbox"/> Outras. Especificar _____
19.	Manifestações Clínicas na ocasião do diagnóstico enquanto caso de aids: 1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por período igual ou superior a 1 mês 3 <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior que 1 mês 4 <input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% 5 <input type="checkbox"/> Dermatite persistente 6 <input type="checkbox"/> Outras. Especificar _____
20.	Data de início da Terapia Antiretroviral (TARV):
21.	Data e resultado do último CD4 realizado:
22.	Data e resultado da última Carga Viral realizado:
23.	Medicamentos ARV em uso: _____
24.	No momento da entrevista: 24.a - Doenças Oportunistas: 1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> Herpes Zoster 3 <input type="checkbox"/> Citomegalovírus 4 <input type="checkbox"/> Pneumonia. Especificar _____ 5 <input type="checkbox"/> Tuberculose. Especificar _____ 6 <input type="checkbox"/> Criptococose 7 <input type="checkbox"/> Toxoplasmose 8 <input type="checkbox"/> Candidose Oral 9 <input type="checkbox"/> Outras. Especificar _____
	24.b Doenças Crônicas 1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial 3 <input type="checkbox"/> Diabetes 4 <input type="checkbox"/> Depressão (auto referida ou com diagnóstico médico). 5 <input type="checkbox"/> Hepatites. Especificar: _____ 6 <input type="checkbox"/> Outras. Especificar: _____

25.	Faz tratamento específico além do ARV? 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. Especificar: _____
26.	Manifestações Clínicas: 1 <input type="checkbox"/> Nenhuma. 2 <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por período igual ou superior a 1 mês 3 <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior que 1 mês 4 <input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% 5 <input type="checkbox"/> Dermatite persistente 6 <input type="checkbox"/> Lipodistrofia 7 <input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____ 8 <input type="checkbox"/> Mais de uma manifestação clínica. Especificar _____
27.	Procura do diagnóstico: 1 <input type="checkbox"/> Por acaso 2 <input type="checkbox"/> Curiosidade 3 <input type="checkbox"/> Aparecimento de sinais e sintomas 4 <input type="checkbox"/> Pelo diagnóstico de parceiro 5 <input type="checkbox"/> por doação de sangue 6 <input type="checkbox"/> Pré-Natal 7 <input type="checkbox"/> Parto 8 <input type="checkbox"/> Outro motivo. Especificar: _____
28.	Serviços de Saúde utilizados de modo geral (públicos, conveniados e privados): Nomes/ Especificar os motivos da utilização: _____ _____ _____

III. DADOS SOBRE A OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (ELENCO DE SERVIÇOS)

Para as questões 27 a 50 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha o seu caso?

29.	Consulta médica de rotina?						
30.	Consulta com a equipe de enfermagem?						
31.	Consultas eventuais para atendimento em caso intercorrência?						
32.	<table border="1"> <tr> <td>Apoio psicológico...</td> <td> 32.a ...pela própria equipe durante o seu atendimento? 32.a1 Por quem? 1 <input type="checkbox"/> Médica; 2 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 3 <input type="checkbox"/> Assistente social. 4 <input type="checkbox"/> Outros _____ Se responder <u>nunca</u> ou <u>quase nunca</u>: 32.b1 Outras possibilidades de resposta 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Nunca precisou, mas já foi ofertado. </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td> 32.b ...com psicólogo/psiquiatra? 32.b1 Onde? 1 <input type="checkbox"/> No próprio serviço; 2 <input type="checkbox"/> Em outro serviço _____ Se responder <u>nunca</u> ou <u>quase nunca</u>: 32.b2 Outras possibilidades de resposta 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Nunca precisou, mas já foi ofertado. </td> <td></td> </tr> </table>	Apoio psicológico...	32.a ...pela própria equipe durante o seu atendimento? 32.a1 Por quem? 1 <input type="checkbox"/> Médica; 2 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 3 <input type="checkbox"/> Assistente social. 4 <input type="checkbox"/> Outros _____ Se responder <u>nunca</u> ou <u>quase nunca</u> : 32.b1 Outras possibilidades de resposta 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Nunca precisou, mas já foi ofertado.			32.b ...com psicólogo/psiquiatra? 32.b1 Onde? 1 <input type="checkbox"/> No próprio serviço; 2 <input type="checkbox"/> Em outro serviço _____ Se responder <u>nunca</u> ou <u>quase nunca</u> : 32.b2 Outras possibilidades de resposta 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Nunca precisou, mas já foi ofertado.	
Apoio psicológico...	32.a ...pela própria equipe durante o seu atendimento? 32.a1 Por quem? 1 <input type="checkbox"/> Médica; 2 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 3 <input type="checkbox"/> Assistente social. 4 <input type="checkbox"/> Outros _____ Se responder <u>nunca</u> ou <u>quase nunca</u> : 32.b1 Outras possibilidades de resposta 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Nunca precisou, mas já foi ofertado.						
	32.b ...com psicólogo/psiquiatra? 32.b1 Onde? 1 <input type="checkbox"/> No próprio serviço; 2 <input type="checkbox"/> Em outro serviço _____ Se responder <u>nunca</u> ou <u>quase nunca</u> : 32.b2 Outras possibilidades de resposta 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Nunca precisou, mas já foi ofertado.						
33.	Atendimento com Assistente Social? 33.a Onde? 1 <input type="checkbox"/> No próprio serviço; 2 <input type="checkbox"/> Em outro serviço _____						
34.	Atendimento ginecológico? (colocar 0 – não se aplica para doentes do sexo masculino) 34.a Onde? 1 <input type="checkbox"/> No próprio serviço; 2 <input type="checkbox"/> Em outro serviço _____						
35.	Atendimento odontológico? 35.a Especifique motivos: _____						

	35.b Onde? 1 <input type="checkbox"/> No próprio serviço; 2 <input type="checkbox"/> Em outro serviço _____		
36.	Avaliação da função auditiva...	36.a ...pela própria equipe durante o seu atendimento 36.a1 Por quem? 1 <input type="checkbox"/> Médica; 2 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem 3 <input type="checkbox"/> Outro _____ 36.a2 Outras possibilidades de resposta 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Nunca precisou, mas já foi ofertado.	
		36.b ...com o fonoaudiólogo. 36.b1 Onde? 1 <input type="checkbox"/> No próprio serviço; 2 <input type="checkbox"/> Em outro serviço 36.b2 Outras possibilidades de resposta 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Nunca precisou, mas já foi ofertado.	
37.	Avaliação dermatológica...	37.a ...pela própria equipe. 37.a1 Por quem? 1 <input type="checkbox"/> Médica; 2 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem 37.a2 Outras possibilidades de resposta 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Nunca precisou, mas já foi ofertado.	
		37.b Com o dermatologista. 37.b1 Onde? 1 <input type="checkbox"/> No próprio serviço; 2 <input type="checkbox"/> Em outro serviço 37.b2 Outras possibilidades de resposta 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Nunca precisou, mas já foi ofertado.	
38.	Visitas domiciliares?		
39.	Grupos de apoio/troca de experiência/confraternizações no próprio serviço?		
40.	Informações e estimula o Sr. (a) a participar em organizações não governamentais existentes no município? Ex: CORASSOL/CASA CAIO; GAPA RP; GHIV; Vitória Régua; Missão HIV Vida; Rosa Vermelha.		
41.	Acompanha e avalia a situação de saúde do parceiro e/ou familiares?		
42.	Orientações sobre:	42.a Planejamento Familiar (Observar na mulher a idade e presença de ciclo menstrual)? 42.b Sexualidade e uso de preservativos. 42.c Alimentação e Nutrição. 42.d Uso correto das medicações. 42.e Efeitos colaterais dos medicamentos. 42.f Redução no uso álcool, cigarro e demais drogas. Observação: _____ 42.g Critérios e processo solicitação benefícios do governo. 42.h Vacinas.	
Com que frequência os insumos são oferecidos pela equipe que acompanha o seu caso?			
43.	Vacinas. 43.a Especificar quais: _____		
44.	Exames de sangue:	44.a CD4 44.b Carga Viral 44.c Outros: _____	
45.	É solicitado Raio X quando o Sr. (a) apresenta algum sintoma respiratório, febre, perda de peso? 45.a Outras possibilidades de resposta: 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Nunca precisou, mas já foi ofertado.		
46.	É solicitado o exame de escarro quando o Sr. (a) apresenta tosse, secreção respiratória, febre, cansaço? 46.a Outras possibilidades de resposta: 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Nunca precisou, mas já foi ofertado.		
47.	Prova tuberculínica (PPD) para avaliação do risco de infecção pela tuberculose? (1 vez ao ano = sempre)		

48.	<p>Medicamentos ARV.</p> <p>Informações Adicionais:</p> <p>48.a O Sr (a) já ficou sem tomar algum medicamento? 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim.</p> <p>48.b Se sim, motivos: 1 <input type="checkbox"/> Falta no município. Especifique: _____</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Esquecimento. Observação: _____</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Outros motivos. Especificar: _____</p> <p>48.c Qual foi o período que ficou sem medicação e a conduta do serviço de saúde: _____</p>	
49.	<p>Medicamentos para evitar ou diminuir os eventos colaterais da TARV? (náusea, vômito, diarreia, dermatite)</p> <p>49.a Outras possibilidades de resposta: 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Nunca precisou, mas já foi ofertado.</p>	
50.	<p>Medicamentos para prevenir o aparecimento de doenças oportunistas? (exemplo: tuberculose, candidose oral)</p> <p>50.a Outras possibilidades de resposta: 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Nunca precisou, mas já foi ofertado.</p> <p>50.b Se utiliza medicamentos atualmente para tal finalidade, especificar quais: _____</p>	
51.	Preservativos?	

IV. DADOS SOBRE A INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (COORDENAÇÃO)

Para as questões 51 a 71 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

Coordenação do Caso Clínico junto à Equipe do Programa DST/aids

Com que frequência

52.	Os profissionais da unidade de saúde lêem o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?	
53.	Durante a consulta com médico ou equipe de enfermagem, os profissionais fazem anotações em seu prontuário ou no computador?	
54.	<p>O senhor recebe os resultados impressos de seus exames?</p> <p>Informações adicionais:</p> <p>54.a Se os exames não são entregues, possibilidades resposta: 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Apenas olha, mas fica arquivado no prontuário. Obs: _____</p> <p>54.b Se os exames são entregues, possibilidades de resposta: 1 <input type="checkbox"/> Serviço entrega. 2 <input type="checkbox"/> Usuário solicita. Obs: _____</p>	
55.	Os resultados dos seus exames já estão prontos e disponíveis quando o senhor comparece ao serviço?	
56.	O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno no serviço de saúde?	
57.	<p>O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre a regularidade do uso dos medicamentos?</p> <p>57.a Por quem? 1 <input type="checkbox"/> Médica; 2 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 3 <input type="checkbox"/> Assistente social; 4 <input type="checkbox"/> Farmacêutico; 5 <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>	
58.	<p>O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre a ocorrência de efeitos colaterais?</p> <p>58.a Por quem? 1 <input type="checkbox"/> Médica; 2 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 3 <input type="checkbox"/> Farmacêutico; 4 <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>	
59.	<p>O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre o aparecimento de outras intercorrências relacionadas à doença?</p> <p>59.a Por quem? 1 <input type="checkbox"/> Médica; 2 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 3 <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>	
60.	<p>O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre as suas condições de vida (estrutura familiar, emprego, condições de moradia, dificuldades financeiras)?</p> <p>60.a Por quem? 1 <input type="checkbox"/> Médica; 2 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 3 <input type="checkbox"/> Assistente social; 4 <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>	

	Outro: _____	
61.	O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre o recebimento de apoio dos familiares/parceiros/amigos para seu tratamento? 61.a Por quem? 1 <input type="checkbox"/> Médica; 2 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 3 <input type="checkbox"/> Assistente social; 4 <input type="checkbox"/> Outro: _____	
62.	O serviço de saúde faz contato com alguma organização não governamental, associação de bairro, igreja do município para contribuir com o seu tratamento? 62.a Quem? 1 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 2 <input type="checkbox"/> Assistente social; 3 <input type="checkbox"/> Outro: _____	

Coordenação do Caso Clínico junto a outros Profissionais/Especialidades/Serviços

OBS: AGORA VAMOS FALAR SOBRE A UTILIZAÇÃO O ENCAMINHAMENTO DO (A) SR.(A) PARA OUTRAS ESPECIALIDADES (serviço social, odontologia, fisioterapia, psicologia, médico especialista, nutricionista, ONGs)

Com que frequência...

63.	O (A) Sr. (a) utiliza a UBS/ USF da sua área de abrangência? Informações adicionais: 63.a Motivos: _____ 63.b A equipe da UBS/PSF pergunta/acompanha o seu tratamento ARV: _____ 63.c A equipe aqui do Programa tem conhecimento/acompanha/estimula ou até mesmo se articula com a UBS/ESF para ajuda-lo na resolução de seus problemas/necessidades: _____ 63.d A equipe aqui do Programa solicita as informações sobre seu acompanhamento na UBS/PSF: _____	
64.	O (A) Sr. (a) utiliza o Pronto Atendimento 24h? Informações adicionais: 64.a Quais: _____ 64.b Motivos da procura: _____ 64.c Comunica a equipe sobre o atendimento e a conduta dos profissionais do PA: _____	
65.	O (A) Sr. (a) frequenta algum outro serviço de saúde sem ser esse ambulatório, a UBS/USF ou o PA? 65.a Especificar: _____	
66.	A equipe deste serviço consegue encaminhá-lo para atendimento com outros profissionais / outros serviços quando identificam alguma necessidade? 66.a Quais serviços: _____ 66.b Outras possibilidades de resposta: 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Usuário geralmente solicita encaminhamento. Obs: _____	

FILTRO: Se individuo responder (N/A), NÃO SABE ou NUNCA, finalizar a entrevista.

67.	Quando algum profissional da unidade de saúde encaminha o(a) Sr(a) para outras especialidade/profissional de saúde, com que frequência ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?	
68.	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado a outro serviço de saúde/especialidade, com que frequência os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?	

Anexo B – Certidão Definitiva de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS- CEP



CERTIDÃO

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba

Com base na Resolução nº 466/12 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, certificamos que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW, da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, em Reunião Ordinária realizada no dia 26/10/2010 **APROVOU** a pesquisa intitulada **VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA PARA O HIV/AIDS: AVALIAÇÃO DA OFERTA E INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E DE SERVIÇOS DE SAÚDE**, das pesquisadoras **Jordana Almeida Nogueira e Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal**, Protocolo CEP/HULW Nº 612/2010. Folha de Rosto nº 372583, tendo a retrocitada pesquisa sido concluída e entregue cópia neste Comitê.

João Pessoa, 14 de fevereiro de 2014.


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética

Profª. Drª. Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 4º andar, Campus I – Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167964 — Fone/fax: (083) 32167964 E-mail – comitedeetica@hulw.ufpb.br

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre Vulnerabilidades Individual, Social e Programática ao HIV/Aids: articulando saberes, modificando fazeres. Subprojeto: ***Vulnerabilidade Programática para o HIV/Aids: Avaliação da Oferta e da Integração das Ações e dos Serviços de Saúde***

Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Ela tem como objetivo analisar sob a perspectiva do conceito de vulnerabilidade, as influências sócio-culturais e individuais a que está sujeita a população para infecção ao HIV e que aportes estratégicos que vem determinando a organização da rede de atenção à saúde. Sua participação consistirá em responder a um questionário, que dura em média 40 minutos, e as informações fornecidas contribuirão com a produção de conhecimento e melhoria dos serviços de saúde na atenção ao HIV/aids.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas; A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas; A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

_____, ___, de _____ de 201_

Assinatura do entrevistado



Telefone: _____

Certos de estar contribuindo com o conhecimento para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

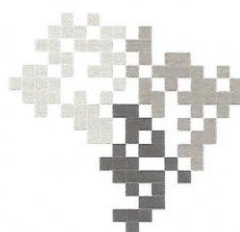
Atenciosamente

Profª Drª Jordana de Almeida Nogueira

CONTATO: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde. Universidade Federal da Paraíba.
Campus I- João Pessoa.

Telefone (0XX83) 32167109 e-mail: jal_nogueira@yahoo.com.br

Anexo D – Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)



CRITÉRIO
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º. Grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º. Grau completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos
 Bem alugado em caráter permanente
 Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
 Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos
 Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
 Bem quebrado há mais de 6 meses
 Bem alugado em caráter eventual
 Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

EMPREGADO DOMÉSTICO

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:
 Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira;
 Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª. porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	2 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmarções freqüentes do tipo “... *conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas*

pelo critério é classe B...” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (Valor Bruto em R\$)
		2009
A1	42 a 46	11.480
A2	35 a 41	8.295
B1	29 a 34	4.754
B2	23 a 28	2.656
C1	18 a 22	1.459
C2	14 a 17	962
D	8 a 13	680
E	0 a 7	415

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA**2009**

CLASSE	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR	Gde. POA	DF	Total Brasil
A1	0,2%	0,6%	0,5%	0,6%	0,2%	0,4%	0,4%	0,2%	1,9%	0,5%
A2	2,3%	1,6%	2,3%	5,1%	3,0%	4,6%	6,2%	4,8%	7,2%	4,0%
B1	6,3%	4,6%	6,1%	7,8%	7,7%	11,0%	12,9%	9,4%	14,1%	9,1%
B2	8,7%	10,9%	13,4%	17,5%	18,9%	23,3%	23,5%	20,7%	22,0%	19,3%
C1	17,1%	17,9%	19,2%	25,8%	28,9%	28,0%	24,4%	27,0%	22,3%	25,6%
C2	28,5%	29,5%	33,1%	23,1%	23,8%	20,1%	18,7%	23,2%	19,8%	23,2%
D	31,8%	30,8%	23,3%	19,7%	17,2%	12,1%	13,2%	13,3%	12,6%	17,1%
E	5,1%	4,1%	2,2%	0,5%	0,3%	0,5%	0,9%	1,5%	0,3%	1,1%

L434c Leadebal, Oriana Deyze Correia Paiva.
 Coordenação do cuidado às pessoas vivendo com
 HIV/aids: desafios no contexto da assistência ambulatorial
 especializada / Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal.- João
 Pessoa, 2015.
 131f. : il.
 Orientadora: Jordana de Almeida Nogueira
 Tese (Doutorado) - UFPB/CCS
 1. Enfermagem. 2. Aids. 3. Assistência ambulatorial.
 4. Serviço social. 5. Integração de sistemas. 6. Cuidado
 periódico - adulto e idoso.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)