



**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Enfermagem**

CLEINA DE FATIMA CARVALHO PASSALACQUA

**COORDENAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE
SAÚDE NA ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS PESSOAS
QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM MUNICÍPIO DO
NOROESTE PAULISTA.**

**São José do Rio Preto
2020**

Cleina de Fatima Carvalho Passalacqua

**ÁREAS DO CONHECIMENTO E LINHAS DE
PESQUISA EM ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Processo de trabalho em saúde.

Linha de Pesquisa: Gestão e educação em saúde (GES).

Financiamento: Pesquisa realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), código de financiamento 001.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Amélia Zanon Ponce.

**São José do Rio Preto
2020**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESSE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Passalacqua, Cleina de Fatima Carvalho

Coordenação das ações e serviços de saúde na assistência prestada às pessoas que vivem HIV/Aids em um município do noroeste paulista / Cleina de Fatima Carvalho Passalacqua.

São José do Rio Preto; 2020.

XX p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: Processo de trabalho em saúde.

Linha de Pesquisa: Gestão e educação em saúde (GES).

Orientador: Prof. Dra. Maria Amélia Zanon Ponce.

1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; 2. HIV; 3. Serviços de Saúde; 4. Integração de Sistemas; 5. Avaliação de Desempenho.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Amélia Zanon Ponce

Prof. Dra. Livia Maria Gazafi

Prof. Dra. Anneliese Domingues Wysocki

Prof. Dra. Silvia Helena Figueiredo Vendramini

Prof. Dra. Lilian Cristina de Castro Rossi

Prof. Dra. Aline Aparecida Monroe

São José do Rio Preto, 23/11/2020

DEDICATÓRIA

À Deus, Senhor e Autor da minha vida.

Aos meus amados: marido Aldo e filho Pedro, que sempre me apoiaram e suportaram minha ausência.

Aos colaboradores do Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis e todas as Pessoas Vivendo com HIV/Aids que ali frequentam.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Prof. Dra. Maria Amélia Zanon Ponce, pelo acolhimento, apoio e ensinamentos durante esta trajetória. Em especial agradeço por dispor do seu corrido e precioso tempo para me orientar, sempre paciente, serena e prestativa. A reta final do meu estudo se deu em meio à pandemia de COVID19 e sempre que nos falávamos, por mais que o caos estivesse instaurado, a impressão que você sempre passou é a de que tudo ficará bem. Que Deus abençoe cada dia mais sua vida!

À Prof. Dra. Anneliese Domingues Wysocki, por aceitar participar da minha Banca. Por me incentivar e ajudar em diversas ocasiões. Serei eternamente grata à vida, por colocá-la em meu caminho.

À Prof. Dra. Lívia Maria Gazafi, por aceitar participar da minha Banca e partilhar seu conhecimento.

Ao meu amado esposo Aldo e meu querido filho Pedro, por todo amor, incentivo e compreensão. Vocês me deram forças diariamente para a realização deste sonho.

À minha querida mãe Aparecida, por me ouvir, apoiar e nunca me deixar desistir.

À Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, por tornarem possível a concretização de mais este objetivo na minha vida.

À Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e seus professores do curso de Enfermagem por contribuírem significativamente para meu crescimento profissional durante a graduação.

Aos colaboradores do Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis, por me acolherem e me fazerem sentir parte da equipe. Obrigada pelo compartilhamento de conhecimentos e por toda ajuda durante a realização deste estudo.

EPÍGRAFE

O que há em mim é sobretudo cansaço -
Não disto nem daquilo,
Nem sequer de tudo ou de nada:
Cansaço assim mesmo, ele mesmo,
Cansaço.

...

Há sem dúvida quem ame o infinito,
Há sem dúvida quem deseje o impossível,
Há sem dúvida quem não queira nada -
Três tipos de idealistas, e eu nenhum deles:
Porque eu amo infinitamente o finito,
Porque eu desejo impossivelmente o possível,
Porque quero tudo, ou um pouco mais, se puder ser,
Ou até se não puder ser...
E o resultado?
Para eles a vida vivida ou sonhada,
Para eles o sonho sonhado ou vivido,
Para eles a média entre tudo e nada, isto é, isto...
Para mim só um grande, um profundo,
E, ah com que felicidade infecundo, cansaço,
Um supremíssimo cansaço,
Íssimo, íssimo, íssimo,
Cansaço...

(Poesias de Álvaro de Campos. Fernando Pessoa.)

Sumário

1. INTRODUÇÃO	18
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO	21
1.2 JUSTIFICATIVA	25
2. OBJETIVO	25
2.1 OBJETIVO GERAL	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3. MÉTODO	26
3.1 TIPO DE ESTUDO	26
3.2 LOCAL DE ESTUDO	26
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	31
3.4 CÁLCULO E SELEÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO.....	32
3.5 COLETA DE DADOS.....	32
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	36
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
4 RESULTADOS	37
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS	37
4.2 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS.....	40
4.3 COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS	41
5. DISCUSSÃO	45
6. CONCLUSÃO	55
7. REFERÊNCIAS	57
8. APÊNDICE	62
8.1 APÊNDICE A.....	62
8.2 APÊNDICE B.....	66
9. ANEXO	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Taxas de detecção de aids, aids em menores de 5 anos, infecção pelo HIV em gestantes, coeficiente de mortalidade por aids e número de casos de HIV. Brasil, 2008 a 2018*	18
Figura 2	Modelo QualiRede do Contínuo do Cuidado: etapas e finalidades	20
Figura 3	Rede de Cuidados em IST/ HIV/AIDS e Hepatites Virais do município de São José do Rio Preto, 2018.	30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Descrição das seções e variáveis utilizadas no estudo.

34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas das pessoas vivendo com HIV/aids, Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis, São José do Rio Preto, 2019.	37
Tabela 2	Características clínicas das pessoas vivendo com HIV/aids, Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis, São José do Rio Preto, 2019.	38
Tabela 3	Serviços de saúde utilizados pelas pessoas vivendo com HIV/aids, Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis, São José do Rio Preto, 2019.	42
Tabela 4	Coordenação das ações prestadas pela equipe do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis às pessoas vivendo com HIV/aids, São José do Rio Preto, 2019.	41
Tabela 5	Coordenação das ações para as pessoas vivendo com HIV/aids junto a outros profissionais/especialidades/serviços, São José do Rio Preto, 2019.	44

LISTA DE ABREVIATURA E SÍMBOLOS

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV – Antirretrovirais
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAESM – Centro Especializado na Saúde da Mulher
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CID 10 – Classificação Internacional de Doenças
CME – Centro Médico de Especialidades
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
DM – Diabetes Melito
DP – Desvio Padrão
EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FAMERP – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HBV – Vírus da Hepatite B.
HD – Hospital Dia
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV – Papiloma Vírus Humano
HSH – Homens que fazem sexo com homens
HV – Hepatites Virais
IAL – Instituto Adolfo Lutz
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS – Ministério da Saúde
OG – Organização Governamental
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PEP – Profilaxia Pós-Exposição

PPL – Pessoas Privadas de Liberdade
PrEP – Profilaxia Pré-Exposição
PVHIV – Pessoas que Vivem com HIV
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAD – Serviço de Assistência Domiciliar
SAE – Serviços de Assistência Especializada
SAMU – Serviço Móvel de Urgência
SICLON – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de
Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV
SUS – Sistema Único de Saúde
TARV – Terapia Antirretroviral
TasP – Treatment as Prevention (Tratamento como prevenção)
TB – Tuberculose
TT – Travestis e Transexuais
UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
URDI – Unidade de Redução de Danos Itinerante
USP – Universidade de São Paulo

RESUMO

Objetivo: Este estudo objetivou analisar a coordenação das ações e serviços de saúde na assistência prestada às pessoas vivendo com HIV/aids tomando como eixo de análise a integração das ações e serviços dentro das equipes de referência e junto a outros profissionais/especialidades/serviços. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, do tipo inquérito, de abordagem quantitativa onde participaram 320 pessoas que viviam com HIV/aids. Foram realizadas entrevistas, utilizando-se um instrumento específico, contendo questões sobre dados sociodemográficos, características clínicas, serviços de saúde utilizados e coordenação da assistência junto a outros profissionais/especialidades/serviços. Para análise dos dados, utilizaram-se técnicas estatísticas descritivas e foram construídos indicadores de coordenação, aos quais foram classificados em: insatisfatórios (valores entre 1 e 2,5 correspondendo a valores até 50% da escala), regulares (maior que 2,5 e menor que 3,5, correspondendo a valores entre 50% e 70% da escala) e satisfatórios (maior que 3,5, correspondendo a valores maior que 70% da escala). **Resultados:** A maioria dos entrevistados, 63,1%, era do sexo masculino, 93,3% apresentavam-se assintomáticas, 90,6% possuíam carga viral indetectável e 71,6% estavam em tratamento antirretroviral há menos de 10 anos, sendo o mínimo de 1 e máximo de 33 anos. Destaque para 94,4% que faziam uso exclusivo de serviços públicos, com enfoque na atenção primária de saúde e pronto atendimento. A coordenação da assistência prestada às pessoas vivendo com HIV/aids no ambulatório e junto aos demais profissionais/especialidades/serviços foram consideradas regular com médias de 2,90 e 3,46, respectivamente. Os indicadores individuais classificados como satisfatórios: profissionais de saúde leem o prontuário durante a consulta; anotação em prontuário durante a consulta; resultados dos exames estão disponíveis no dia da consulta; questionamento sobre a regularidade da tomada medicamentosa; questionamento sobre efeitos colaterais; auxílio no agendamento de consultas em outros serviços; comprovante de agendamento em outro serviço; e realização de atendimento quando encaminhado. Obtiveram classificação regular: questionamento sobre intercorrências relacionadas a doença; discussão de locais de atendimento quando encaminhados; recebimento de informações escritas para entregar no outro serviço; retorna do outro serviço com informações escritas e interesse dos profissionais de saúde quanto ao atendimento prestado em outro serviço. Já os indicadores: entrega de resultado de exames impressos; notificação de agendamento de consultas e retornos; questionamento sobre condições de vida, recebimento de apoio, contato com ONG, associações de bairros ou outros para contribuir no tratamento e discussão com outros profissionais/serviços/ONGs, sobre atendimento realizado em outro serviço, obtiveram resultados insatisfatórios. **Conclusão:** A coordenação da assistência às pessoas vivendo com HIV/aids foi avaliada como regular. As fragilidades encontradas relacionavam-se ao enfoque fragmentado da assistência e falhas na comunicação entre os serviços no que diz respeito ao fornecimento de impressos, guias de referência e contra referência, reforçando, a necessidade do estabelecimento de um trabalho interdisciplinar da utilização dos dados contidos nos sistemas de informação, de modo a assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado.

Descritores: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. HIV. Serviços de Saúde. Integração de Sistemas. Avaliação de Desempenho.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to analyze the coordination of health actions and services in the care provided to people living with HIV/Aids taking as an axis of analysis the integration of actions and services within the reference teams and with other professionals/specialties/services. **Method:** This is an exploratory, survey-type study, with a quantitative approach in which 320 people living with HIV/Aids participated. Interviews were conducted, using a specific instrument, containing questions about sociodemographic data, clinical characteristics, health services used and coordination of assistance with other professionals / specialties / services. For data analysis, descriptive statistical techniques were used and coordination indicators were constructed, which were classified as: unsatisfactory (values between 1 and 2.5 corresponding to values up to 50% of the scale), regular (greater than 2.5 and less than 3.5, corresponding to values between 50% and 70% of the scale) and satisfactory (greater than 3.5, corresponding to values greater than 70% of the scale). **Results:** Most of the interviewees, 63.1%, were male, 93.3% were asymptomatic, 90.6% had an undetectable viral load and 71.6% had been on antiretroviral treatment for less than 10 years, being a minimum of 1 and a maximum of 33 years. The highlight was 94.4% who used public services exclusively, focusing on primary health care and emergency care. The coordination of care provided to people living with HIV/Aids with other professionals / specialties / services was considered regular with averages of 2.90 and 3.46, respectively. Individual indicators classified as satisfactory: health professionals read the medical record during the consultation; annotation in medical records during the consultation; test results are available on the day of the consultation; questioning about the regularity of medication intake; questioning about side effects; assistance in scheduling appointments in other services; proof of appointment at another service; and providing assistance when forwarded. They obtained a regular classification: questioning about complications related to the disease; discussion of service locations when referred; receiving written information to deliver to the other service; returns from the other service with written information and interest of health professionals regarding the care provided in another service. The indicators: delivery of printed exam results; notification of scheduling appointments and returns; questioning about living conditions, receiving support, contact with NGOs, neighborhood associations or others to contribute to the treatment and discussion with other professionals / services / NGOs, about care provided in another service, obtained unsatisfactory results. **Conclusion:** The coordination of assistance to people living with HIV / AIDS was assessed as regular. The weaknesses found were related to the fragmented focus of assistance and failures in communication between services with regard to the provision of printed materials, reference and counter reference guides, reinforcing the need to establish an interdisciplinary work on the use of data contained in information systems in order to ensure continuity and integrality of care.

Descriptors: Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV. Health Services. Systems Integration. Performance evaluation.

RESUMEN

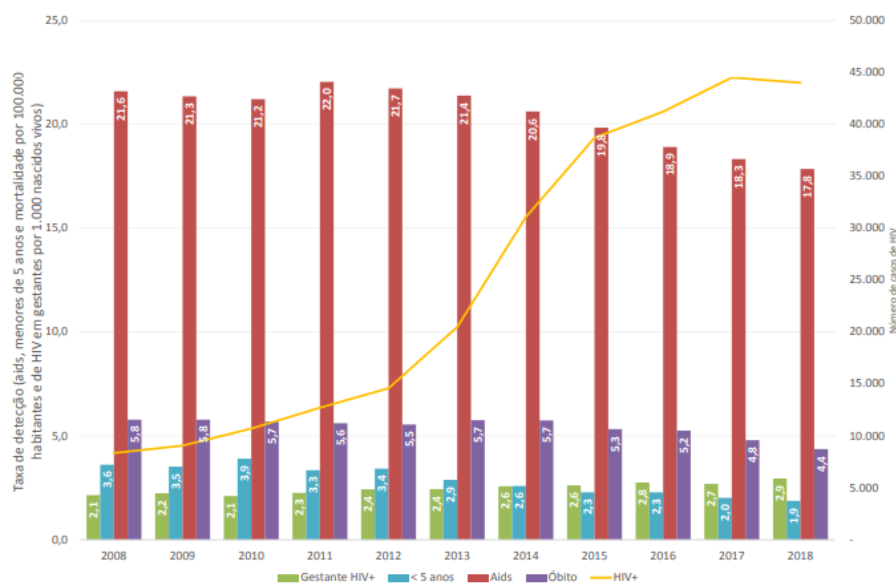
Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo analizar la coordinación de acciones y servicios de salud en la atención brindada a personas viviendo con VIH/Sida tomando como eje de análisis la integración de acciones y servicios dentro de los equipos de referencia y con otros profesionales/especialidades/servicios. **Método:** Se trata de un estudio exploratorio, tipo encuesta, con enfoque cuantitativo en el que participaron 320 personas viviendo con VIH/Sida. Se realizaron entrevistas, utilizando un instrumento específico, conteniendo preguntas sobre datos sociodemográficos, características clínicas, servicios de salud utilizados y coordinación de la asistencia con otros profesionales/especialidades/servicios. Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas de estadística descriptiva y se construyeron indicadores de coordinación, los cuales se clasificaron en: insatisfactorio (valores entre 1 y 2.5 correspondientes a valores hasta el 50% de la escala), regulares (mayores a 2.5 y menos de 3.5, correspondiente a valores entre 50% y 70% de la escala) y satisfactorio (mayor de 3.5, correspondiente a valores superiores al 70% de la escala). **Resultados:** La mayoría de los entrevistados, 63,1%, eran hombres, 93,3% estaban asintomáticos, 90,6% tenían carga viral indetectable y 71,6% habían estado en tratamiento antirretroviral por menos de 10 años, siendo un mínimo de 1 y un máximo de 33 años. El destaque fue el 94,4% que utilizó exclusivamente los servicios públicos, con especial atención a la atención primaria de salud y atención de emergencia. Se consideró regular la coordinación de la atención brindada a las personas viviendo con VIH / SIDA con otros profesionales / especialidades / servicios con promedios de 2,90 y 3,46, respectivamente. Indicadores individuales clasificados como satisfactorios: los profesionales de la salud leen la historia clínica durante la consulta; anotación en historias clínicas durante la consulta; los resultados de las pruebas están disponibles el día de la consulta; cuestionamiento sobre la regularidad de la ingesta de medicamentos; cuestionar los efectos secundarios; asistencia para programar citas en otros servicios; comprobante de cita en otro servicio; y brindar asistencia cuando se reenvíe. Obtuvieron una clasificación regular: cuestionando sobre complicaciones relacionadas con la enfermedad; discusión de las ubicaciones de los servicios cuando se refiere; recibir información escrita para entregar al otro servicio; devoluciones del otro servicio con información escrita e interés de los profesionales sanitarios respecto a la atención prestada en otro servicio. Los indicadores: entrega de resultados de exámenes impresos; notificación de programación de citas y devoluciones; cuestionar las condiciones de vida, recibir apoyo, contactar con ONG, asociaciones de vecinos u otros para contribuir al tratamiento y discusión con otros profesionales / servicios / ONG, sobre la atención brindada en otro servicio, obtuvo resultados insatisfactorios. **Conclusión:** La coordinación de la asistencia a las personas que viven con el VIH / SIDA se evaluó como regular. Las debilidades encontradas se relacionaron con el enfoque fragmentado de la atención y fallas en la comunicación entre servicios en cuanto a la provisión de material impreso, guías de referencia y contrarreferencia, reforzando la necesidad de establecer un trabajo interdisciplinario sobre el uso de los datos contenidos en sistemas de información para garantizar la continuidad e integralidad de la atención. **Descriptor:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. VIH. Servicios de salud Integración de sistemas. Evaluación del desempeño.

INTRODUÇÃO

Com o uso da terapia antirretroviral (TARV) a infecção pelo HIV/aids tornou-se ao longo dos anos uma condição crônica manejável que mundialmente afeta cerca de 36,2 milhões de adultos e 1,7 milhões de crianças e jovens (menores de 15 anos)¹. Deixou de ser uma doença aguda mortal, mas ainda carrega consigo, além de sua complexidade biológica e cultural, diversos estigmas, dificuldades na adesão e manutenção do tratamento e impõe sobrecarga aos serviços de saúde²⁻⁴.

Em 2018, no Brasil, foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de aids, sendo que 10.980 óbitos foram registrados por causa básica HIV/aids. Desde o início da epidemia em 1980 até junho de 2019, 966.058 casos de aids detectados no país foram registrados e até 31 de dezembro de 2018 foram notificados, 338.905 óbitos tendo o HIV/aids como causa básica (CID10: B20 a B24)⁵, figura 1.

Figura 1. Taxas de detecção de aids, aids em menores de 5 anos, infecção pelo HIV em gestantes, coeficiente de mortalidade por aids e número de casos de HIV. Brasil, 2008 a 2018*



Fonte: Sinan; Siscel/Sicliom; SIM.

Nota: (*) Casos notificados no Sinan e Siscel/Sicliom até 30/06/2019; no SIM, de 2000 a 2018.

Fonte: Brasil, 2019

No cenário epidemiológico do HIV/aids verifica-se que, assim como no mundo, a epidemia brasileira tem se concentrado em populações-chave, como homossexuais, homens que fazem sexo com homens (HSH), transgêneros, profissionais do sexo, usuários de drogas e indivíduos em situação de privação de liberdade (PPL). Sabe-se que 54% das novas infecções pelo HIV ocorrem entre estas populações e seus respectivos parceiros. O risco de infecção por HIV é 22 vezes maior entre HSH e entre pessoas que usam drogas injetáveis, 21 vezes maior para profissionais do sexo e 12 vezes maior para pessoas transexuais⁵.

Com o objetivo de se adequar as metas globais para eliminação da transmissão do HIV/aids, foram definidas metas desafiadoras para 2020, conhecidas como “90-90-90”, onde se propôs que 90% de todas as pessoas vivendo com HIV (PVHIV) conheceriam seu status sorológico, 90% de todas as pessoas com diagnóstico de infecção pelo HIV receberiam terapia antirretroviral de modo contínuo e 90% de todas as pessoas que recebem terapia antirretroviral teriam supressão viral, baseados em um modelo de cascata^{6,7}.

Entre as etapas da cascata, observa-se a importância do diagnóstico oportuno dos sujeitos com a infecção pelo HIV, a vinculação desse indivíduo a um ponto de atenção à saúde, a retenção por meio de acompanhamento e realização periódica de exames, o início da utilização da TARV, a implementação de estratégias para adesão terapêutica e, finalmente, a supressão da carga viral⁷.

Diante desse cenário, a epidemia de HIV/aids vem sendo significativamente alterada no Brasil nos últimos anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com ampliação e unificação das ações para a profilaxia pós-exposição (PEP) e a incorporação da profilaxia pré-exposição (PrEP) para determinadas populações, além de novos protocolos clínicos e terapêuticos para o manejo do HIV que preconiza o início imediato do tratamento assim que o diagnóstico é confirmado, com o intuito da redução da carga viral e, conseqüentemente, a diminuição da probabilidade de transmissão do vírus nas relações sexuais que envolvem

parcerias sorodivergentes (estratégia TasP - treatment as prevention), bem como, melhorar a qualidade de vida do indivíduo vivendo com HIV⁸.

Mundialmente, as novas técnicas e práticas adotadas obtiveram, até 2019, os seguintes resultados: 81% das PVHIV conheciam seus status sorológico e mais de dois terços, 67%, estavam em terapia antirretroviral. No Brasil, 88% das PVHIV conhecem seu status sorológico, 78% estão em tratamento e destas, 94% estão com carga viral suprimida¹.

O modelo de cascata fomentou uma nova estratégia denominada contínuo do cuidado do HIV (“*HIV care continuum*”) que orienta a organização desse cuidado e cujo modelo adotado no Brasil (QualiRede do contínuo do cuidado) amplia as etapas de promoção da saúde sexual e reprodutiva e de prevenção das infecções, traz a etapa do tratamento antes da retenção, em conformidade com a proposta de oferecer tratamento para todos os infectados e introduz a adesão ao tratamento antirretroviral⁹, conforme figura 2.

Figura 2. Modelo QualiRede do Contínuo do Cuidado: etapas e finalidades



Fonte: SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2018

Diante da complexidade do manejo desse agravo, visto às especificidades do enfrentamento dos diferentes contextos de vulnerabilidades e determinantes sociais que perpassam por todos os eixos de atenção (prevenção, diagnóstico e assistência à saúde), as ações só serão efetivas se houver uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) bem estruturada e que

garanta a integração entre diferentes serviços de saúde, a qual viabiliza cuidados continuados e que seja capaz de incorporar ações, serviços de saúde, profissionais sincronizados e o próprio usuário com o propósito de resolver suas necessidades, com o empreendimento de esforços para a garantia da integralidade^{10,11}.

Dessa forma, para garantia do acesso e qualidade dos serviços com humanização da assistência, acolhimento das necessidades e a continuidade do cuidado de indivíduos que necessitarão dos serviços de saúde por tempo prolongado e indeterminado, fazem-se necessário, um ponto de atenção longitudinal e habitual que promova a coordenação do fluxo dos usuários entre os serviços de saúde, sendo o centro de comunicação entre os diferentes pontos da rede para que seja possível assegurar a coordenação do cuidado, sob uma forma de gestão compartilhada¹².

1.1 Quadro Teórico

A história do HIV/aids no Brasil foi marcada por desafios e o país inovou ao incorporar em 1996, através da lei federal 9.313, os medicamentos antirretrovirais ao SUS (BRASIL, 1996). Tal medida promoveu uma mudança positiva nos quadros clínicos e epidemiológicos, resultando na redução da mortalidade e no aumento da expectativa de vida das PVHIV^{13, 14}. Ao longo dessa história, o modelo clínico adotado foi inicialmente de acompanhamento no serviço atenção especializada (SAE), por médicos infectologistas. De caráter ambulatorial, os SAE estavam inseridos em policlínicas e hospitais. No início, os diagnósticos eram realizados nessas mesmas unidades e, posteriormente, se concentraram nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

A cronicidade assumida pelo HIV/aids impõe sobrecarga aos serviços de saúde, expondo as deficiências que existem no processo de planejamento da assistência integrada e representando um desafio aos profissionais, equipes de saúde e gestores¹⁵, uma vez que a sua

complexidade exige a superação de um sistema fragmentado. Estudos comprovam que sistemas fragmentados são considerados ineficazes por estarem direcionados ao atendimento, em sua maioria, de doentes em condições agudas e/ou condições crônicas agudizadas, em suas demandas pontuais e imediatas, além de não enfocarem a prevenção e a gestão de riscos populacionais, mediante a incorporação de estratégias que favoreçam a coordenação da assistência em saúde visando à integralidade, a continuidade e resolutividade da atenção prestada^{12,16,17}.

Os sistemas de saúde estruturados para o atendimento às condições crônicas, caracterizados pelas RAS, são capazes de desenvolver um enfoque sistemático e planejado para atender tanto às necessidades relacionadas aos eventos agudos como crônicos de um determinado público alvo¹².

As RAS são organizações que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada, segura e com equidade¹². A organização das redes vem se dando de forma heterogênea em todo o mundo. Os serviços integrados ou RAS são definidos Organização Mundial da Saúde (OMS) como: “gestão e prestação de serviços de saúde para que os usuários recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades ao longo do tempo e em diferentes níveis do sistema de saúde”¹⁸.

Para que isso ocorra e com o objetivo de integrar e dar continuidade às ações de saúde prestadas por diferentes profissionais ou em diferentes serviços da rede, há a necessidade de uma coordenação do cuidado em saúde.

É possível identificar na literatura diversas definições da coordenação do cuidado. Na literatura internacional, a coordenação do cuidado é um conceito multidimensional que inclui a comunicação eficaz entre os serviços de saúde, pacientes, famílias e cuidadores; o

compartilhamento dos cuidados em saúde; a longitudinalidade do cuidado que considera os eventos passados ocorridos, monitora as ações realizadas no momento e prevê e antecipa as necessidades futuras; e a integração facilitada entre o sistema de saúde e outros recursos da comunidade a fim de possibilitar suporte médico, social, educacional e outros que se fizerem necessários¹⁹. Outros autores ainda definem a coordenação do cuidado como ações que possibilitam melhorias na continuidade e na integralidade da atenção, na medida em que reduzem barreiras de acesso aos distintos serviços de saúde²⁰.

No Brasil, a definição mais conhecida e adotada é a que distingue a coordenação em função dos níveis de integração do sistema de saúde: coordenação horizontal e vertical. Trata-se das iniciativas e arranjos que são necessários para integrar os serviços e ações de saúde, seja em um mesmo nível de atenção (coordenação horizontal) ou em distintos níveis do sistema (coordenação vertical)²¹. Ainda que a literatura considere a existência da coordenação horizontal, a maioria dos estudos no país tem analisado e enfatizado a perspectiva organizacional estabelecida na integração entre diferentes níveis do sistema de saúde²².

A coordenação implica, portanto, o estabelecimento de relações entre organizações (do mesmo ou de diferentes níveis, da mesma ou de diferentes instituições) e entre pessoas (do mesmo ou de diferentes serviços, da mesma ou de diferentes instituições)²¹. É a organização deliberada do cuidado individual, centrada na pessoa, sendo uma responsabilidade solidária/compartilhada entre os diferentes níveis de atenção à saúde, de modo a agregar um trabalho clínico conjunto, concretizada a partir do acesso à informação e da organização do fluxo do usuário no serviço de saúde²³.

Mendes (2015) define três concepções distintas sobre a coordenação da atenção à saúde: coordenação da informação, coordenação da gestão da atenção e coordenação administrativa. A coordenação da informação implica na transferência de informações entre os pontos de atenção; a coordenação da gestão da atenção relaciona-se a coordenação dos

cuidados prestados que perpassam entre os distintos profissionais de saúde que prestam atenção ao usuário, de um serviço a outro e a coordenação administrativa que remete a regulação dos fluxos assistenciais entre os serviços da RAS.

Coordenar o cuidado é articular as ações de saúde de forma sincronizada e voltadas ao alcance de um objetivo comum, independente do local em que se realizem. Para tanto, implica, na capacidade técnica, gerencial e política em garantir que o usuário receba nos diversos pontos de atenção o cuidado que necessita com a efetividade desejada englobando os conceitos de acesso e integralidade^{12, 23-25}, possibilitando que as intervenções e/ou alterações sejam vivenciadas de forma contínua, adequadas as suas necessidades e compatíveis com suas expectativas^{26,27}.

Com base nas definições acima e considerando a cronicidade do HIV/aids, a longa permanência das PVHIV nos serviços e os desafios da complexa gestão do cuidado é indiscutível a necessidade da coordenação do cuidado e manejo desse usuário^{2, 28, 29}, concebida em uma perspectiva dinâmica, ajustada às especificidades e características particulares e singulares dos grupos e indivíduos. Quanto mais complexa a intervenção para resolução de determinado problema, maior o envolvimento de mais profissionais e serviços na provisão do cuidado e maior é o nível de coordenação requerido para que se alcance o resultado desejado.

Ainda que o SAE seja importante, o sucesso da atenção às condições crônicas depende da ação coordenada de uma equipe multiprofissional, atuando em conjunto com outros pontos de atenção secundários e terciários¹⁰. Nesse modelo de atenção, os serviços especializados continuam sendo fundamentais, mas a linha de cuidado envolve outros serviços de saúde, em especial da Atenção Primária à Saúde (APS), com o suporte dos SAE. Outros pontos também são importantes, como os serviços de atenção domiciliar e equipes de consultório na rua para compor a rede de atenção^{12,24}.

Diante do exposto, neste estudo, a coordenação do cuidado foi definida como um processo que visa integrar ações e serviços de saúde no mesmo ou em diferentes níveis de atenção, em que distintos profissionais utilizam mecanismos e instrumentos específicos para planejar a assistência, definir fluxos, trocar informações sobre usuários e seu processo assistencial, referenciar, contrarreferenciar e monitorar pacientes com diferentes necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos e será analisada na perspectiva de capacidade resolutiva, da integração entre equipes e serviços de saúde, bem como por meio da continuidade informacional durante a assistência prestada às PVHIV.

1.2 Justificativa

Com base no que já foi discutido, reforça-se, a importância de estudos que abordem a coordenação da assistência prestada às PVHIV em todos os níveis da assistência, enquanto um dos atributos essenciais para os avanços necessários ao cumprimento de metas e compromissos voltados ao controle da infecção.

Dessa forma, o presente estudo pretende contribuir com a produção de conhecimentos teóricos e operacionais que subsidiem reflexões acerca do delineamento de estratégias de intervenção capazes de qualificar o cuidado em saúde, em especial, para a coordenação das ações e serviços de saúde prestados as PVHIV.

OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Analisar a coordenação das ações e serviços de saúde prestados às pessoas que vivem com HIV/aids, sob a ótica dos usuários.

2.2 Objetivos Específicos

1- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas que vivem com HIV/aids em tratamento.

2- Identificar os principais serviços de saúde utilizados pelas pessoas vivendo com HIV/aids;

3- Analisar a integração das ações e serviços de saúde na coordenação da assistência às pessoas vivendo com HIV/aids junto à equipe do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis (coordenação horizontal) e junto a outros profissionais/especialidades/serviços (coordenação vertical);

4- Analisar o desempenho do Serviço segundo a integração das ações e serviços de saúde na coordenação da assistência às PVHIV.

MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, tipo inquérito exploratório realizado a partir de abordagem quantitativa.

3.2 Local de estudo

A presente pesquisa foi realizada no município de São José do Rio Preto, situado no noroeste do Estado de São Paulo, cuja população estimada em 2019 era de 460.671 habitantes³⁰. O Município pertence à DRS XV/RAAS 12, é sede de pólo regional, com microrregião composta por 32 municípios (CIR São José do Rio Preto e José Bonifácio). É referência, juntamente com o Hospital Universitário sob gestão estadual, em assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, em grande parcela para a microrregião e macrorregião atendendo algumas especialidades para os 102 municípios com

1.480.128 habitantes³¹. Em 1998, São José do Rio Preto assumiu a municipalização já na gestão plena de sistema.

Na estruturação do sistema de saúde municipal, a APS está definida em 10 regiões de saúde; organizados a partir de uma população adscrita, com área da abrangência definida, composta por 27 Unidades, sendo três Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS); 24 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) com 54 equipes de ESF e 24 equipes de Saúde Bucal. A cobertura de Atenção Básica está em 64,06%, 44,00% de cobertura de Estratégia Saúde da Família e 35,79% de cobertura de Saúde Bucal. Integram os serviços municipais na APS cinco Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo 03 habilitados e 02 em processo de habilitação e dois Consultórios na Rua.

Com relação aos atendimentos em IST/HIV/aids e Hepatites Virais, as 27 unidades de APS possuem insumos de prevenção (preservativos masculinos, femininos e gel lubrificantes) disponíveis em locais de fácil acesso, sem necessidade de identificação e realizam cotidianamente a testagem para HIV, sífilis e hepatites virais, seja pela metodologia convencional ou por testagem rápida, através da triagem sorológica realizada em consultas médicas ou por meio do Programa Fique Sabendo, realizada por profissionais de saúde capacitados para o acolhimento e escuta qualificada das situações de vulnerabilidades. Os casos de sífilis são tratados e monitorados pelas próprias unidades de APS. Os casos diagnosticados de HIV/aids e hepatites virais são encaminhados para seguimento no Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis. As duas equipes de Consultório na Rua também realizam as ações de prevenção e diagnóstico das IST, HIV/aids e hepatites virais na população em situação de rua e em uso abusivo de álcool e outras drogas.

Na Urgência/Emergência o município conta com um SAMU regional, três Unidades de Pronto Atendimento UPAs (sendo duas opção VIII e uma opção VII credenciadas pelo Ministério da Saúde) e duas Unidades de Pronto Socorro (mantidas com recursos municipais),

sendo umas das UPA referência para a PEP (Profilaxia Pós Exposição) para o atendimento dos casos de acidentes com material biológico e exposição sexual consentida.

A rede pública municipal possui ainda 20 serviços próprios de especialidade, divididos nas áreas de saúde mental, reabilitação, ambulatorios/serviços especializados (consultas e exames), onde na estrutura organizacional esta o Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis.

O Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis é um serviço especializado que conta com programas de prevenção e diagnóstico em IST, HIV/aids e hepatites e o ambulatório de doenças Crônicas Transmissíveis, voltado para o acompanhamento ambulatorial dessas doenças.

No que se refere à prevenção e diagnóstico, o Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis possui um CTA e uma unidade de testagem itinerante, que atende por meio de agendamento prévio os campos identificados com população chave (usuários de droga, população LGBT, profissionais do sexo), empresas, escolas, loteamentos irregulares, visando o acesso de população mais vulnerável à triagem sorológica, seja por meio do método convencional ou a testagem rápida para HIV (fluido oral e TR sanguíneo), sífilis e hepatites virais, prioritariamente. O serviço disponibiliza os insumos de prevenção e Kits de redução de danos (preservativo, seringa e agulha descartável, água destilada, pote para diluição e lenço com álcool para limpeza).

O Complexo possui ações de prevenção voltadas para população geral (escolas, empresas) e direcionado às populações chaves (profissionais do sexo, usuários de drogas). Ressalta-se que o Consultório na Rua II era o antigo Programa de Redução de Danos (PRD), habilitado como consultório na rua em 12 de julho de 2017 pela portaria nº 1740 e desenvolve em parceria com o Programa de DST/aids as ações de prevenção e diagnóstico na população em situação de rua e usuários de drogas. Essa transição de PRD para Consultório na Rua

fortaleceu ainda mais a integração entre a APS e o Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis por meio do compartilhamento dos casos de maior complexidade.

O Complexo conta com agentes sociais que desenvolvem trabalho em pares com as profissionais do sexo, travestis /transexuais e usuários de drogas, realizando em campo ações de redução de danos, prevenção e diagnóstico das IST/HIV/Hepatites virais (teste rápido sanguíneo e fluido oral), acompanhando e monitorando os casos reagentes desde a vinculação ao serviço até a conclusão do tratamento (sífilis) ou supressão viral. Desde 2016, as equipes têm trabalhado sob ótica da saúde integral, através do estabelecimento de um plano terapêutico singular, qualificando significativamente as ações voltados à população chave.

Na rede de diagnóstico o município possui um laboratório municipal de patologia que realiza testes convencionais de HIV, Sífilis, Hepatite B e C, além dos outros exames.

No que tange a assistência, o Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis contempla o **Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis**, referência municipal para atendimento e acompanhamento multiprofissional e terapêutico de:

- Pessoas vivendo com HIV/aids;
- Portadores de hepatites B e C e contatos;
- Portadores de tuberculose extrapulmonar ou multidroga resistente e hanseníase.
- PEP em Acidente ocupacional com material biológico de risco dos profissionais de saúde de toda rede municipal, hospitais, clínicas médicas, odontológicas, laboratórios, farmácias e pessoas envolvidas em resgate;
- PEP em casos de exposição sexual consentida ao vírus HIV;
- Infecções Sexualmente Transmissíveis (referência para os casos mais específicos e/ou não resolvidos pelas unidades de saúde), por meio de abordagem sindrômica;

- Atendimento de saúde integral e hormonioterapia para travestis e transexuais.

O atendimento assistencial no Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis é realizado de segunda a sexta-feira, sendo de segundas e terças-feiras das 07:00 às 21:00 horas e quartas, quintas e sextas-feiras das 07:00 às 17:00 horas. Possui infraestrutura completa para o atendimento integral aos pacientes, incluindo sala de vacina, farmácia, sala de coleta e serviço de tratamento assistido (para os portadores de hepatite C que ainda realizam esse tipo de medicação).

O município ainda conta com serviços de saúde próprios que dão apoio a Rede de Cuidados em IST/HIV/Aids e Hepatites Virais, sendo:

- Centro Especializado na Saúde da Mulher (CAESM) – referência para os casos de mulheres com manifestações cutâneas extragenitais que não são possíveis a cauterização nas unidades de atenção básica, dor pélvica com sangramento vaginal ou casos com indicação de avaliação cirúrgica; referência para mulheres gestantes em vulnerabilidade (usuária de droga, em situação de rua, profissional do sexo) e referência para o implante subdérmico hormonal (etonogestrel 68mg), em acordo com o protocolo municipal;

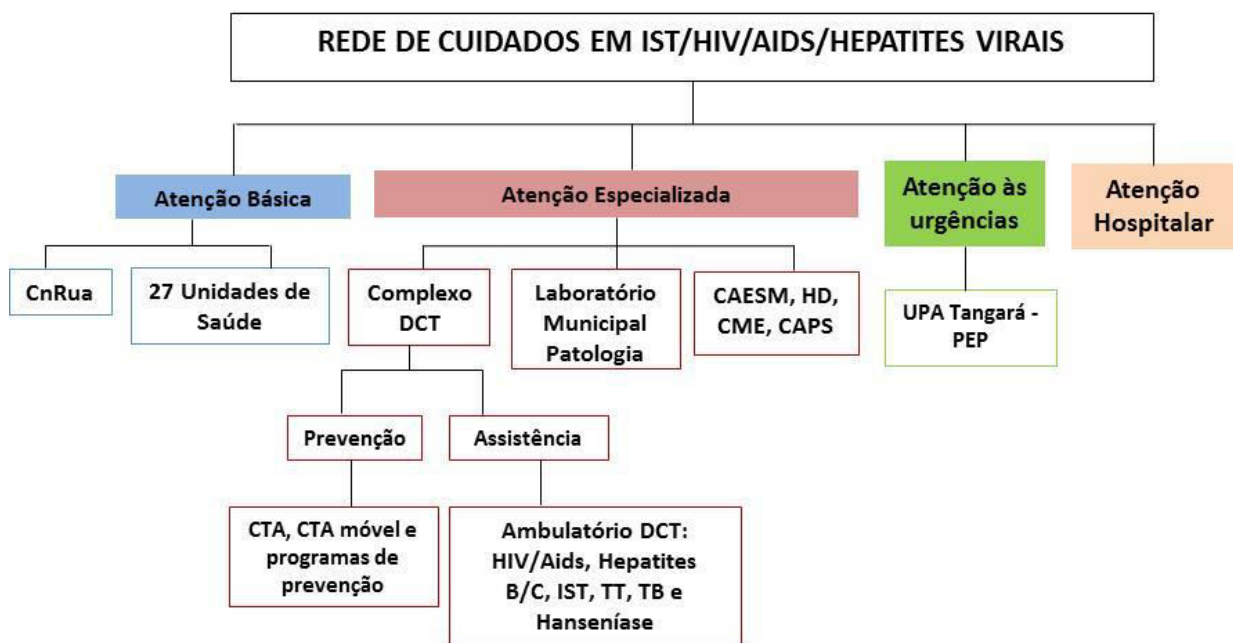
- Centro Médico de Especialidade – possui o serviço de proctologia, referência para os casos suspeitos de IST com manifestações anogenitais externas e com necessidade de avaliação, além de outras 26 especialidades médicas de referência.

- Complexo Pró Saúde/Hospital Dia (HD) – possui salas de procedimentos cirúrgicos onde é realizada a cauterização de lesões penianas que não são possíveis serem cauterizadas no Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis.

- Rede CAPS: acompanhamento de casos compartilhados com transtornos psiquiátricos ou uso abusivo de drogas que aceitam internação.

- Atenção hospitalar – referência para os casos de portadores de IST, HIV/aids e hepatites virais que necessitam de internação.

Figura 2. Rede de Cuidados em IST/ HIV/aids e Hepatites Virais do município de São José do Rio Preto, 2019.



Diante da complexidade da Rede de IST/HIV/aids e Hepatites Virais, ressalta-se que a coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis, localizado no Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis.

3.3 População de estudo

Participaram desse estudo PVHIV em acompanhamento no Ambulatório do Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis de São José do Rio Preto no período de setembro de 2018 a outubro de 2019 que atenderam os seguintes critérios de inclusão:

- Residentes no município de São José do Rio Preto;
- Terapia Antirretroviral (TARV) instituída há mais de seis meses;
- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Não pertencentes ao sistema prisional;
- Ausência de limites de cognição.

3.4 Cálculo e seleção da amostra do estudo

O cálculo para o tamanho da amostra foi realizado a partir do número total de PVHIV, residentes no município de São José do Rio Preto e assistidos no Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis em maio de 2018.

Considerando que neste período havia 1840 PVHIV em tratamento com antirretrovirais no serviço, encontrou-se, por meio da fórmula abaixo, utilizando nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, o tamanho amostral de 318 pessoas. Foram entrevistadas 320 pessoas.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de fontes primárias e secundárias, sendo entrevista com o paciente e busca em prontuários respectivamente.

3.5.1 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta dos dados primários foi utilizado questionário estruturado elaborado por pesquisadoras vinculadas a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP (previamente autorizado), com base no Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos⁸ e no protocolo de acompanhamento ambulatorial do paciente com HIV/aids da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. A elaboração do instrumento passou por procedimentos relacionados a análise do conteúdo, análise semântica e teste piloto para readequações e verificação da viabilidade do instrumento e do método proposto. Para realizar a análise de conteúdo, selecionou-se sete profissionais expertises nas áreas temáticas de HIV/aids e saúde pública. Foi realizada uma análise semântica a partir de um teste piloto, no intuito de “verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população a qual o instrumento se destina”.

O instrumento de coleta de dados possui 38 questões, divididas em quatro seções (APENDICE A):

- I - Dados sociodemográficos;
- II - Dados sobre as características clínicas dos casos;
- III - Dados sobre os serviços de saúde utilizados;
- IV - Dados sobre a coordenação da assistência.

As variáveis relacionadas aos dados sociodemográficos, características clínicas e de utilização de serviços de saúde contemplavam escalas variadas de respostas como dicotômicas e de múltipla escolha. Já as variáveis de coordenação da assistência continham uma escala de possibilidade preestabelecida (Likert), com valores entre “1” e “5”, cuja resposta mais favorável correspondia ao valor mais alto.

Destaca-se que a coordenação da assistência foi analisada sob suas vertentes: coordenação do caso junto à equipe do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis

(coordenação horizontal) e a coordenação do caso clínico junto a outros profissionais/especialidades/serviços (coordenação vertical).

3.5.2 Procedimento de coleta de dados

Para realização da coleta de dados, realizada no período de setembro/2018 a outubro/2019, cada entrevistado recebeu orientações sobre a natureza e os objetivos do estudo, assim como foi solicitada a participação do mesmo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APENDICE B). Ressalta-se que, a coleta de dados priorizou a confidencialidade, o sigilo e proteção da identidade dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas antes ou após as consultas médicas ou após a retirada de medicamentos na farmácia e na ocasião do comparecimento ao serviço para a coleta de sangue relacionada aos exames de contagem dos linfócitos T – CD4/CD8 e quantificação da carga viral, com duração média de 30 minutos. De forma complementar, alguns dados relacionados à seção II do questionário foram coletados de fontes secundárias utilizando os prontuários dos usuários e sistemas de informação (SICLON – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos e SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV).

Vale pontuar que durante a coleta de dados, encontrou-se algumas dificuldades, como recusa de onze pessoas em participar da pesquisa por receio de abordar conteúdos pessoais; duração das entrevistas superior ao tempo estipulado, uma vez que a maioria dos entrevistados expressavam seus sentimentos, relatos de vida e dúvidas, as quais eram acolhidas e encaminhadas oportunamente e identificação de pacientes sem resultados de exames CD4/CD8 e carga viral concluídos.

3.5.3 Variáveis envolvidas no estudo

A seguir estão relacionadas às variáveis referentes a cada seção do instrumento de coleta de dados e fonte de coleta dados utilizados:

Quadro 1. Descrição das seções e variáveis utilizadas no estudo.

Seção	Descrição	Variáveis		Fonte de dados
I	Dados sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo; - Idade; - Estado Civil; - Escolaridade; - Situação empregatícia; 		Entrevista
II	Dados sobre as características clínicas dos casos	<ul style="list-style-type: none"> - Características clínicas no momento da entrevista; - Tempo de tratamento; - Resultado do último CD4 e Carga Viral; - Presença de outras doenças crônicas; - Tratamento específico além dos antirretrovirais. 		<ul style="list-style-type: none"> -Entrevista - Prontuário - Sistemas de informação
III	Dados sobre os serviços de saúde utilizados	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliza APS; - Utiliza pronto atendimento 24h; - Utiliza outros ambulatórios públicos especializados; - Utiliza serviços privados. 		Entrevista
IV	Dados sobre a coordenação da assistência	Coordenação do caso junto à equipe do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis	<ul style="list-style-type: none"> -Utilização do prontuário/ficha de atendimento durante a consulta; - Registro dos atendimentos em prontuários; -Entrega dos resultados de exames impressos; -Disponibilização dos resultados de exame para avaliação durante as consultas; -Notificação sobre data de agendamento da consulta de retorno. -Questionamentos pelos profissionais sobre: Regularidade no uso dos medicamentos; Ocorrência de efeitos colaterais; Aparecimento de outras intercorrências relacionadas à condição de saúde; Condições de vida dos indivíduos (emprego, moradia, saneamento básico); Apoio dos familiares/parceiros/amigos durante o tratamento; -Contato com ONG, associações de bairros ou outros para contribuir no tratamento. 	Entrevista
		Coordenação do caso	-Encaminhamento para outros serviços de	

		clínico junto a outros profissionais/especialidades /serviços	saúde quando necessário; -Discussão quanto aos possíveis locais de atendimento em caso de encaminhamento; -Auxílio para o agendamento de consultas junto a outro serviço; -Recebimento de comprovante do agendamento de consulta em outro serviço; -Recebimento de informações escritas sobre a situação do usuário para ser entregue a outro serviço; -Frequência que consegue ser atendido em outro serviço/profissional/especialidade quando encaminhado; -Retorno de informações escritas sobre os resultados/conduas adotadas por outro serviço. -Discussão sobre os resultados e as condutas adotadas por outro serviço; -Interesse dos profissionais de saúde quanto ao atendimento prestado em outro serviço. -Discutem, com outros profissionais/serviços/ONGs, sobre atendimento realizado em outro serviço	
--	--	---	--	--

3.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram armazenados e analisados no software Statistica versão 8.0 da Statsoft. Os procedimentos estatísticos utilizados nesta pesquisa foram: distribuição de frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central (média) e variabilidade (desvio padrão).

A análise descritiva dos dados ocorreu em 2 etapas:

1ª etapa: Inicialmente, os indivíduos foram caracterizados em relação ao perfil sócio demográfico e clínico e quanto aos serviços de saúde utilizados por meio de técnicas estatísticas descritivas.

2ª etapa: Análise da integração das ações e serviços de saúde prestados às PVHIV, com base em indicadores construídos a partir de variáveis relacionadas à “coordenação”, bem

como um indicador geral. O indicador criado corresponde ao valor médio de todas as respostas para cada variável. Os indicadores de coordenação da assistência foram classificados em: insatisfatórios (valores entre 1 e 2,5 correspondendo a valores até 50% da escala), regulares (maior que 2,5 e menor que 3,5, correspondendo a valores entre 50% e 70% da escala) e satisfatórios (maior que 3,5, correspondendo a valores maior que 70% da escala).

3.7 Aspectos éticos

Após a autorização da Secretaria de Saúde do município para implementação da pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de São José Do Rio Preto (ANEXO), atendendo a resolução 466/2012, conforme parecer nº 2.809.823.

RESULTADOS

No período de setembro de 2018 a outubro de 2019 foram entrevistadas 320 PVHIV atendidas no Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis.

4.1 Perfil sociodemográficos e clínicos das pessoas vivendo com HIV/aids

Dos 320 entrevistados, 202 (63,1%) eram sexo masculino, sendo a faixa etária predominante entre 40 a 59 anos (49,7%) e a idade média de 43 anos (dp=12). Quanto ao estado civil, 135 (42,2%) se declararam solteiros e 116 (36,3) casados ou em união estável. Apresentavam ensino médio completo, 131 (40,9%) entrevistados e 101 (31,6%) ensino fundamental completo. Pouco mais da metade, 167 (52,2%) possuíam alguma fonte de renda, 107 (33,4%) estavam empregados, 60 (18,8%) eram autônomos, 38 (11,9%) recebiam aposentadoria, destes últimos, 28 (8,8%) por viverem com HIV e por fim, 5 (1,6%) estavam afastados recebendo auxílio doença por questões de saúde não relacionadas ao vírus. Destaque

para 67 (20,9%) sujeitos que referiram estar desempregados, sendo 30 (9,4%) há mais de um ano (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas das pessoas vivendo com HIV/aids, Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis, São José do Rio Preto, 2019.

Características sociodemográficas		PVHIV (N=320)	
		N	%
Identidade de gênero	Masculino	202	63,1
	Feminino	113	35,3
	Travesti/Transexual	5	1,6
Faixa etária	18 a 39 anos	134	41,9
	40 a 59 anos	159	49,7
	60 a 76 anos	27	8,4
Estado civil	Solteiro	135	42,2
	Casado/união estável	116	36,3
	Separado/divorciado	38	11,9
	Viúvo	31	9,6
Escolaridade	Sem escolaridade ou EF incompleto	62	19,4
	EF completo	101	31,6
	Ensino Médio completo	131	40,9
	Ensino Superior completo	26	8,1
Situação Empregatória	Empregado/autônomo	167	52,2
	Desempregado	67	20,9
	Outros (do lar/estudante)	43	13,4
	Aposentado	38	11,9
	Afastado	5	1,6

Legenda: PVHIV = Pessoas vivendo com HIV/aids; EF = Ensino Fundamental

Em relação ao tempo de tratamento, 229 (71,6%) referiram estar há menos de 10 anos em uso do antirretroviral, sendo o mínimo de 1 e o máximo de 33 anos, com média de 9,1 anos (dp=7,1). Quanto a situação clínica e imunológica, 308 (96,3%) apresentavam-se assintomáticos, dos demais, 10 (3,1%) queixaram-se de diarreia há mais de um mês e 02 (0,5%) relataram dermatites, tabela 2.

Pouco mais da metade dos entrevistados, 175 (54,7%) apresentaram contagem de linfócitos T-CD4 entre 350 e 499 mm³/cel, 56 (17,5%) acima de 500 mm³/cel e 40 (12,5%) abaixo de 350 mm³/cel, com destaque para 46 (14,4%) que não tinham a informação, pois o ultimo exame não foi realizado. A carga viral indetectável prevaleceu em 289 (90,3%) da amostra (Tabela 2).

Identificou-se que 125 (39,1%) apresentavam uma ou mais condições crônicas associadas, sendo 27 (8,4%) hipertensão arterial, 21 (6,6%) diabetes, 19 (5,9%) depressão e 25 (7,8%) disseram apresentar mais de uma condição crônica. Em relação ao uso regular de outros medicamentos além dos antirretrovirais, 202 (63,1%) afirmaram que não o faziam (Tabela 2).

Tabela 2. Características clínicas das pessoas vivendo com HIV/aids, Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis, São José do Rio Preto, 2019.

Características clínicas		PVHIV (N=320)	
		N	%
Doenças oportunistas	Não	315	98,4
	Sim	5	1,6
Manifestações Clínicas	Assintomático	308	96,3
	Sintomático	12	3,7
Linfócito T-CD4+	< 350 mm ³ /cel	40	12,5
	350 a 499 mm ³ /cel	175	54,7
	> 500mm ³ /cel	56	17,5
	Sem informação	46	14,4
Carga Viral	Indetectável	289	90,3
	Detectável	31	9,7
Condições crônicas associadas	Nenhuma	195	60,9
	HAS	27	8,4
	DM	21	6,6
	Outras	21	6,6
	Depressão	19	5,9
	Hepatite	12	3,8
	Mais de uma doença crônica	25	7,8

Tempo de TARV	Mais de 10 anos	91	28,4
	Menos de 10 anos	229	71,6
Realização de tratamento além dos ARV	Não	202	63,1
	Sim	118	36,9

Legenda: PVHIV = Pessoas vivendo com HIV/aids; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; DM = Diabetes Mellitus

4.2 Utilização dos serviços de saúde pelas pessoas vivendo com HIV/aids

Quanto à utilização dos serviços de saúde, 302 (94,4%) das PVHIV faziam uso exclusivo dos serviços públicos, onde 112 (35%) utilizavam dos serviços da APS para atendimentos eventuais, vacinas e retirada de medicamentos e preservativos, porém quando questionados se a equipe da APS acompanhava o TARV, 98 (87,5%) destes usuários relataram que a equipe da unidade básica de saúde não tem conhecimento sobre seu status sorológico e que desconhecem qualquer tipo de articulação entre o Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis e a APS. Em caso de intercorrências, 106 (33,1%) disseram procurar a unidade de pronto atendimento. Daqueles que referiram utilizar outros serviços de saúde, 21 (6,6%) citaram Ambulatório de Especialidades Médicas, 7 (2,2%) Hospital e 6 (1,9%) referiram utilizar Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os demais, 18 (5,6%) utilizavam, também, Serviços de Saúde privados, sendo que 16 (5,0%) relataram possuir algum tipo de Convênio de Saúde (Tabela 3).

Tabela 3. Serviços de saúde utilizados pelas pessoas vivendo com HIV/aids, Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis, São José do Rio Preto, 2019.

Serviços de saúde utilizados	N	%
Atenção Primária à Saúde	112	35,0
Pronto Atendimento	106	33,1
Outros ambulatórios públicos especializados	27	8,4
Hospital	7	2,2

Nota: *Alguns entrevistados referiram utilizar mais que um serviço de saúde. Outros entrevistados responderam nunca ou quase nunca utilizarem algum desses serviços de saúde.

4.3 Coordenação da assistência as pessoas vivendo com HIV/aids

Ao avaliar o indicador “Coordenação do caso junto à equipe do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis”, encontrou-se um índice composto considerado regular (média 2,90; dp 1,6).

Quanto aos indicadores específicos, foram classificados como satisfatórios: “Utilização do prontuário/ficha de atendimento durante a consulta (média 4,85; dp 0,58)”;

“Registro dos atendimentos em prontuário durante a consulta (média 4,99; dp 0,16)”;

“Disponibilização dos resultados de exame para avaliação durante as consultas” (média 4,97; dp 0,32)”;

“Questionamentos sobre a regularidade do uso dos medicamentos (média 3,87; dp 1,17)” e “ Questionamentos sobre a ocorrência de efeitos colaterais (média 3,69; dp 1,30)”;

sendo que 304 (94,1%) e 318 (99,4%) referiram, respectivamente, que sempre ou quase sempre os profissionais leem e fazem anotações no prontuário durante a consulta. Também em relação à consulta, 318 (99,4%) relataram que os exames estão sempre prontos no momento desta. Em relação ao questionamento sobre a regularidade do uso de medicamentos e ocorrência de efeitos colaterais, 188 (58,8%) e 171 (53,4%) respectivamente, relataram que são questionados sobre tais fatos (Tabela 4).

O indicador “Questionamentos sobre intercorrências relacionadas à doença (média 3,49; dp 1,42)” foi considerado regular, com 42 (13,1%) dos entrevistados alegando que nunca foram questionados sobre possíveis intercorrências (Tabela 4).

Já os indicadores: “ Entrega dos resultados de exame impresso (média 1,10; dp 0,61)”, “Notificação sobre data de agendamento da consulta de retorno (média 1,55; dp 0,95)”, “Questionamentos sobre as condições de vida (média 1,51; dp 1,02)”, “Questionamentos

sobre apoio familiar/parceiros/amigos (média 1,39; dp 0,91)” e “Contato com ONG, associações de bairros ou outros para contribuir no tratamento (média 1,01; dp 0,12)” obtiveram resultados insatisfatórios.

Sobre receber o resultado dos exames impressos, 311 (97,2%) declararam que nunca receberam e 218 (68,1%) que nunca foram notificados em relação ao agendamento de consultas e retornos. No que diz respeito ao questionamento sobre condições de vida e recebimento de apoio familiar/parceiros/amigos, 235 (73,5%) e 255 (79,7%), respectivamente, relataram nunca presenciar tal interesse. Por fim, 318 (99,4) colocaram que nunca presenciaram contato dos profissionais de saúde com ONG, associações de bairros ou outros para contribuir no tratamento (Tabela 4).

Tabela 4. Coordenação das ações prestadas pela equipe do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis às pessoas vivendo com HIV/aids, São José do Rio Preto, 2019.

Coordenação do caso junto à equipe do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis		PVHIV (N=320)		Média (dp)
		N	%	
Utilização do prontuário/ficha de atendimento durante a consulta	Nunca	2	0,6	4,85 (0,58)
	Quase Nunca/Às vezes	17	5,3	
	Sempre/Quase sempre	301	94,1	
Registro dos atendimentos em prontuário durante a consulta	Nunca	0	0	4,99 (0,16)
	Quase Nunca/Às vezes	2	0,6	
	Sempre/Quase sempre	318	99,4	
Entrega do resultado de exame impresso	Nunca	311	97,2	1,10 (0,61)
	Quase Nunca/Às vezes	1	0,3	
	Sempre/Quase sempre	8	2,5	
Disponibilização dos resultados de exame para avaliação durante as consultas	Nunca	0	0	4,97 (0,32)
	Quase Nunca/Às vezes	2	0,6	
	Sempre/Quase sempre	318	99,4	
Notificação sobre data de agendamento da consulta de retorno	Nunca	218	68,1	1,55 (0,95)
	Quase Nunca/Às vezes	92	28,8	
	Sempre/Quase sempre	10	3,1	
Questionamentos sobre a regularidade do uso dos medicamentos	Nunca	9	2,8	3,87 (1,17)
	Quase Nunca/Às vezes	123	38,4	
	Sempre/Quase sempre	188	58,8	
Questionamentos sobre a ocorrência de	Nunca	23	7,2	

efeitos colaterais	Quase Nunca/Às vezes	126	39,4	3,69 (1,30)
	Sempre/Quase sempre	171	53,4	
Questionamentos sobre intercorrências relacionadas à doença	Nunca	42	13,1	3,49 (1,42)
	Quase Nunca/Às vezes	121	37,8	
	Sempre/Quase sempre	157	49,1	
Questionamentos sobre as condições de vida	Nunca	235	73,5	1,51 (1,02)
	Quase Nunca/Às vezes	67	20,9	
	Sempre/Quase sempre	18	5,6	
Questionamentos sobre apoio familiar/parceiros/amigos	Nunca	255	79,7	1,39 (0,91)
	Quase Nunca/Às vezes	53	16,6	
	Sempre/Quase sempre	12	3,7	
Contato com ONG, associações de bairros ou outros para contribuir no tratamento	Nunca	318	99,4	1,01 (0,12)
	Quase Nunca/Às vezes	1	0,3	
	Sempre/Quase sempre	1	0,3	

Legenda: PVHIV = Pessoas vivendo com HIV/aids

Dos 320 entrevistados, 214 (66,9%) afirmaram que nunca houve a necessidade de encaminhamento para outros profissionais/especialidades/serviços a partir do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis. Considerando as respostas daqueles usuários que em algum momento foram encaminhados (106 - 33,1%), o indicador “Coordenação do caso clínico junto a outros profissionais/especialidades/serviços” apresentou índice composto regular (média 3,46; dp 1,4).

Analisados individualmente foram considerados satisfatórios os indicadores: “Auxílio no agendamento de consulta em outros serviços (média 4,89; dp 0,61)”, “Recebimento de comprovante do agendamento de consulta em outro serviço (média 4,91; dp 0,58)” e “Frequência que consegue ser atendido em outro serviço (média 5,00; dp 0,00)”, onde 102 (96,2%) afirmaram receber ajuda dos profissionais de saúde para agendamentos em outros serviços, 103 (97,2%) referiram que sempre ou quase sempre recebem os comprovantes de agendamento e 106 (100%) das PVHIV conseguiram ser atendidas por outros profissionais/especialidades/serviços (Tabela 5).

Os indicadores seguintes foram classificados com regular: “Discussão quanto aos possíveis locais de atendimento em caso de encaminhamento (média 2,92; dp 1,67)”, “Recebimento de informações escritas sobre a situação do usuário para ser entregue a outro serviço (média 2,90; dp 1,88)”, “Recebimento de informações escritas sobre os resultados/conduitas adotadas por outro serviço (média 2,74; dp 1,80)” e “Interesse dos profissionais de saúde quanto ao atendimento prestado em outro serviço (média 3,40; dp 1,72)”. Diante disto, 39 (36,8%) afirmaram que sempre ou quase sempre é discutido os possíveis locais de atendimento, 37 (34,9%) disseram que nunca discutem e 30 (28,3%) relataram que quase nunca ou às vezes há esta opção (Tabela 5).

Em relação a receber e retornar ao serviço com informações escritas, em ambos, 49 (46,2%) responderam que nunca receberam ou retornaram a unidade com informações escritas. No que diz respeito ao interesse dos profissionais pelo atendimento prestado pelo outro serviço, pouco mais da metade, 56 (52,8%) relataram que sempre ou quase sempre os profissionais de saúde se interessam (Tabela 5).

Foi considerado insatisfatório o indicador: “Discutem, com outros profissionais/serviços/ONGs, sobre atendimento realizado em outro serviço” (média 1,02; dp 0,14), onde 104 (98,1%) relataram que nunca discutem (Tabela 5).

Tabela 5. Coordenação das ações para as pessoas vivendo com HIV/aids junto a outros profissionais/especialidades/serviços, São José do Rio Preto, 2019.

Coordenação do caso clínico junto a outros profissionais/especialidades/serviços		PVHIV(N=320)		Média (dp)
		N	%	
Discussão quanto aos possíveis locais de atendimento em caso de encaminhamento	Nunca	37	34,9	2,92 (1,67)
	Quase Nunca/Às vezes	30	28,3	
	Sempre/Quase sempre	39	36,8	
Auxílio no agendamento de consulta em outros serviços	Nunca	2	1,9	4,89 (0,61)
	Quase Nunca/Às vezes	2	1,9	
	Sempre/Quase sempre	102	96,2	
Recebimento de comprovante do agendamento de consulta em outro serviço	Nunca	2	1,9	4,91 (0,58)
	Quase Nunca/Às vezes	1	0,9	

	Sempre/Quase sempre	103	97,2	
Recebimento de informações escritas sobre a situação do usuário para ser entregue a outro serviço	Nunca	49	46,2	2,90 (1,88)
	Quase Nunca/Às vezes	11	10,4	
	Sempre/Quase sempre	46	43,4	
Frequência que consegue ser atendido em outro serviço	Nunca	0	0	5,00 (0,00)
	Quase Nunca/Às vezes	0	0	
	Sempre/Quase sempre	106	100	
Recebimento de informações escritas sobre os resultados/conduas adotadas por outro serviço	Nunca	49	46,2	2,74 (1,80)
	Quase Nunca/Às vezes	17	16,1	
	Sempre/Quase sempre	40	37,7	
Interesse dos profissionais de saúde quanto ao atendimento prestado em outro serviço	Nunca	29	27,4	3,40 (1,72)
	Quase Nunca/Às vezes	21	19,8	
	Sempre/Quase sempre	56	52,8	
Discutem com outros profissionais/serviços/ONGs, sobre atendimento realizado em outro serviço	Nunca	104	98,1	1,02 (0,14)
	Quase Nunca/Às vezes	2	1,9	
	Sempre/Quase sempre	0	0	

Nota: n=106, pois 214 sujeitos do estudo referiram que nunca foram encaminhados para outro serviço de saúde.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico das PVHIV no presente estudo acompanhou o perfil da epidemia do HIV no Brasil e no mundo, com predominância de pessoas do sexo masculino, adultos de meia idade, solteiros^{1,5}. Vale ressaltar que alguns pontos relevantes deste trabalho divergem de estudos anteriores^{28,32} onde parte significativa da população se declarou casado ou em união estável e com relato de ensino médio completo assim como em pesquisa recente de Ribeiro et al (2020)³³. A literatura nos mostra que a condição civil e a escolaridade podem suprimir situações de vulnerabilidade, como não adesão ao tratamento, uso irregular da TARV e abandono, uma vez que há maior suporte social e capacidade para a busca de informações em relação à condição^{34,35}, fato que pode estar relacionado aos bons resultados deste trabalho.

A faixa etária predominante foi entre 40 e 59 anos, com média de 43 anos, correspondendo ainda à idade produtiva do adulto, mas com tendência de aumento se

comparado ao encontrado por outros autores^{28,34} fato que pode estar ligado ao envelhecimento populacional e maior expectativa de vida entre PVHIV.

Quanto ao quadro clínico relacionado ao agravo, o tempo médio de tratamento dos entrevistados foi de nove anos, com maioria de indivíduos assintomáticos e sem doenças oportunistas, cujos exames laboratoriais mostravam carga viral indetectável e linfócitos T CD4+ entre 350 de 499 células/mm³. Tais dados refletem bons níveis de adesão ao tratamento e estado imunológico³⁶ e podem estar relacionados a um adequado desempenho da equipe do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis no que se refere ao cumprimento dos Protocolos Clínicos.

Por outro lado, a presença de outras comorbidades crônicas associadas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, depressão e hepatites virais) e a realização de outros tratamentos além da TARV, como encontrados neste estudo, exigem estratégias de integração entre equipes e serviços de saúde, com intuito de otimizar o compartilhamento de informações e a corresponsabilização no processo de acompanhamento dos usuários^{25,37,38}, visto que parcela significativa dos entrevistados referiram utilizar os serviços de APS e pronto atendimento.

Cabe ressaltar que a atenção as PVHIV ocorre, predominantemente, na atenção secundária pela facilidade de acesso ao serviço especializado em HIV/aids, ao estigma relacionado à epidemia, pela percepção dos usuários quanto a resolutividades desses serviços para as suas demandas de atenção à saúde e pelo sistema ineficiente de transferência dos usuários entre os serviços ou pontos da RAS^{2,26}.

Para que as ações sejam realmente resolutivas é necessário o fortalecimento do sistema de saúde, por meio da coordenação do fluxo dos usuários e a responsabilidade compartilhada entre profissionais de saúde, a fim de garantir a atuação conjunta entre os serviços especializados em HIV/aids e os outros pontos de atenção³⁹.

Para tanto, torna-se imprescindível superar as dificuldades para se implantar uma rede integrada, com sistemas de apoio e logística (componentes da RAS) que sustentem os fluxos de comunicação e profissionais que cumprem um perfil de formação e de atuação para atender à necessidade de continuidade de atenção à saúde dos indivíduos⁴⁰. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde¹⁰.

Neste aspecto, cabe destacar a importância do município possuir um laboratório próprio de patologia clínica com a eficiência de realizar os exames de sorologias para HIV/aids, sífilis e hepatites virais em até 72 horas, fornecendo relatórios aos serviços, vigilância epidemiológica e coordenação do Programa Municipal de IST/aids sobre os casos reagentes para que seja feito a busca ativa e seguimento. O município também conta com a estreita parceria com o Instituto Adolfo Lutz (IAL) para realização dos exames de carga viral e CD4, com rápida disponibilização de tais resultados (até 5 dias), o que condiz com o encontrado neste estudo quanto a satisfação dos usuários referente ao indicador sobre a disponibilização dos resultados dos exames para avaliação durante as consultas.

Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nas RAS. Os principais sistemas logísticos das RAS são o cartão de identificação das pessoas usuárias, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde, sistemas de transporte em saúde o prontuário clínico^{10,40,41}.

Os prontuários clínicos são documentos únicos, de caráter legal e sigiloso que possuem informações quanto aos fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente

e a assistência a ele prestada, que permite a comunicação entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, à pessoa usuária e o serviço de saúde, possibilitando a continuidade da assistência prestada⁴².

Podem se apresentar em versões de papel e eletrônica. Prontuário em papel, apresenta pontos críticos em sua adoção pelo fato de não ser acessível à distância; só pode estar em um único lugar a cada tempo; pesquisa lenta; é sempre acumulativo, há ilegibilidade dos registros, perda da informação, multiplicidade de pastas, falta de padronização, fragilidade do papel, dificuldade de armazenamento, entre outros⁴³.

Já os prontuários clínicos eletrônicos reduzem o custo das transações e eliminam papel e permitem o compartilhamento de informações em tempo real entre os profissionais de saúde e instituições para melhorar a tomada de decisões²³.

No momento da coleta de dados do estudo, o Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis não contava com um sistema de informação de prontuário eletrônico interligado a rede, por questões referentes à privacidade dos usuários, uma vez que o assunto ainda é alvo de estigma para a sociedade⁴⁴. Em contrapartida, estudos realizados na África Subsaariana, onde as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a segunda principal causa de morbidade e mortalidade após o HIV/aids, a integração de serviços entre DCNT e doenças crônicas transmissíveis em plataformas de atenção existentes tem sido recomendada como forma de fortalecer os sistemas de saúde, reduzir custos, otimizar resultados e aproveitar os sistemas existentes⁴⁵.

Considerando a importância dos sistemas logísticos para a efetivação da coordenação do cuidado, em 2020 foi implantado o prontuário eletrônico do paciente no Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis possibilitando o acesso às informações do acompanhamento das PVHIV aos outros pontos da RAS do município, sendo trabalhada com os usuários e reforçada aos profissionais de saúde a importância do sigilo e a

responsabilização das informações compartilhadas, cujo objetivo é o compartilhamento do cuidado contínuo e a redução da discriminação e estigma.

Ressalta-se que o acesso ao prontuário eletrônico do paciente se dá mediante cadastro do profissional de saúde e sua senha, o que favorece a segurança e o sigilo dos dados, porém como uma estratégia para aumentar a efetividade da segurança e do sigilo, a acessibilidade ao conteúdo das informações referentes às consultas dos pacientes atendidos no Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis está restrita apenas aos médicos e enfermeiros da rede municipal.

A implantação do prontuário eletrônico no Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis exigiu uma mudança do processo de trabalho, a adaptação a uma nova tecnologia de informação e comunicação em saúde e a utilização de mais um sistema de informação, além daqueles necessários para o atendimento a PVIH (SISCEL, SICLON). No entanto, essa nova tecnologia foi bem aceita entre os profissionais visto que, como evidenciado neste estudo, já possuíam a prática da utilização, leitura e anotação das informações em prontuário físico, avaliada de forma satisfatória pelos usuários, além de incorporarem a importância do acesso à informação nos outros pontos da rede.

A sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância do registro e atualização das informações do prontuário é de extrema relevância para a garantia da continuidade do cuidado, uma vez que a disponibilidade de um sistema de informação e a viabilização de rotinas para alimentá-lo, não garante a sua efetiva utilização, exigindo que os profissionais sejam capacitados e motivados constantemente²⁸.

O prontuário como uma ferramenta digital possibilita a clareza dos registros, armazenamento e processamento das informações do paciente, além de permitir o cruzamento de dados e a consistência dos dados⁴³.

Nessa lógica, a implantação do prontuário eletrônico no Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis pode contribuir para melhoria de indicadores avaliados neste estudo como regular, no que se refere ao fluxo de informações escritas referentes aos atendimentos nos diferentes pontos de atenção, tanto da referência quanto da contrarreferência e ao interesse dos profissionais de saúde quanto ao atendimento prestado em outro serviço e o indicador “Entrega dos resultados de exames impressos” considerado insatisfatório, uma vez que todas as informações estarão (deverão estar) registradas em prontuário, de forma informatizada, não sendo necessário o fluxo de papéis que muitas vezes se perdem no percurso do usuário.

Embora componente essencial da RAS, efetividade da coordenação do cuidado e a qualidade da atenção ultrapassa a existência de prontuário eletrônico, necessitando do estabelecimento de dispositivos como o de linhas de cuidados e o de fluxos na RAS⁴⁰ e o entendimento dos profissionais de saúde de toda a configuração dessa rede.

Cabe ressaltar que todo esse processo é permeado por relações humanas e só se torna possível por meio da integração entre os profissionais de saúde dos diferentes pontos de atenção da rede, tendo como componente essencial a comunicação fluida para construção de uma parceria produtiva entre os mesmos, cujo objetivo comum deva ser o cuidado compartilhado. Existem várias formas de promover essa integração, sendo mais comum por meio de uma relação próxima e pessoal entre esses profissionais, com trabalho clínico conjunto²³. Neste sentido, acredita-se que o matriciamento da equipe dos serviços especializados em HIV/aids nos diversos pontos de atenção, especialmente a APS pode contribuir com a aproximação entre os profissionais, permitindo vínculo e relação de confiança para compartilhamento das ações, tornando-se esse serviço uma referência não só para o acompanhamento dos usuários, mas também como ponto de apoio aos profissionais de saúde que atuam na rede a fim de possibilitar um cuidado equânime, integral e efetivo.

Destaque para uma pequena, porém notória, utilização de serviços privados, que ocorre por meio de seguros e planos de saúde e pela modalidade de assistência mediante o desembolso direto. Esses indivíduos, muitas vezes são acompanhados pelas redes privadas de saúde e fazem uso do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis de forma complementar, apenas para a retirada da TARV, distribuídos e controlados exclusivamente pelo SUS ou para a realização de exames específicos relacionados ao controle da doença.

Sabe-se que já é um importante desafio a coordenação e integração da assistência prestada no contexto do sistema público e, tal relação com o sistema privado, torna o cuidado às PVHIV ainda mais complexo⁴⁶, dado a complexidade assistencial associadas às múltiplas facetas e repercussões biopsicossociais da doença, sendo necessários avanços no que se refere à normatização de fluxos de comunicação entre os sistemas e na elaboração e compartilhamento de um plano de cuidados comum²⁸.

A coordenação da assistência foi avaliada em dois momentos: no próprio serviço e entre profissionais/especialidades/serviços de outros pontos da RAS. Em relação à coordenação da assistência pela equipe do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis encontrou-se resultados satisfatórios quanto aos profissionais questionarem sobre a regularidade da tomada de medicamentos e possíveis efeitos colaterais.

No entanto, foi avaliado como regular e insatisfatórios respectivamente os indicadores quanto aos questionamentos sobre intercorrências relacionadas à doença e sobre as condições de vida dos usuários, resultado semelhante ao encontrado em estudo realizado em Ribeirão Preto. Tal situação evidencia que o enfoque da equipe de referência está centrado nas questões clínicas/biológicas em detrimento das dimensões sociais, culturais e econômicas que englobam as PVHIV.

A comunicação profissional-usuário é vista como um elemento constituinte da circulação, expressão e compreensão das diferentes realidades e contexto que influenciam a

saúde”⁴⁷ No entanto, atualmente, nas instituições de saúde, ainda predomina o modelo instrumental, bipolar e unidirecional de comunicação como transmissão de informações, tanto nas práticas educativas quanto na comunicação profissional-usuário⁴⁸.

A complexidade do manejo desse agravo visto às especificidades do enfrentamento dos diferentes contextos de vulnerabilidades e determinantes sociais, associados ao longo tempo de vivência com uma doença incurável exige a necessidade de incorporação de uma visão ampliada dos profissionais de saúde extrapolando os limites do modelo biomédico e que leve em consideração os aspectos sociais, psicológicos, econômicos, espirituais e o suporte social para o enfrentamento da doença, na qual a participação da família e demais grupos de apoio da sociedade configuram-se como essenciais ao plano de cuidados⁴⁹.

Dessa forma, a busca da integralidade concebe que “as dimensões biológica e psicológica do processo saúde-doença são consideradas indissociáveis das relações sociais e das práticas institucionais”⁴⁹. Para tanto, Lopes e colaboradores (2014)²⁸ propõe a incorporação de estratégias pautadas na elaboração e operacionalização de instrumentos de classificação das pessoas que vivem com HIV/aids, segundo suas vulnerabilidades individuais para sistematização do cuidado, fortalecendo a coordenação da assistência em suas dimensões horizontal e vertical.

Conviver com HIV/aids exige um tratamento medicamentoso contínuo com possibilidade de efeitos colaterais e denota uma ideia de morte ou perda de qualidade de vida. Por isso, é de extrema importância a abordagens das intercorrências ocorridas durante o tratamento a fim de identificar potencialidades para a não adesão ao tratamento, bem como trabalhar a educação em saúde por meio de uma comunicação dialógica, que considera os usuários como sujeitos de seu projeto terapêutico, participando no planejamento e avaliação de ações.

Neste estudo encontrou-se que a maioria dos participantes nunca foram notificados em relação ao agendamento de consultas e retornos, sendo este indicador avaliado como insatisfatório. Estudos mostram que consultas agendadas sem o conhecimento do usuário, sendo essas marcadas em horários inconvenientes, não levando em consideração o melhor dia ou período⁵⁰ e a possibilidade de usuário não ter sido avisado da marcação das mesmas⁵¹ contribuem o absenteísmo, o que gera impactos à saúde da população, prejuízos à resolutividade e integralidade do cuidado, além de custos desnecessários ao sistema e aumento do tempo de espera por procedimentos de saúde⁵².

No entanto, o absenteísmo pode ser minimizado com a implementação de um novo processo de trabalho que inclua uma rotina de confirmação do usuário (por telefone, por exemplo), sugerindo-se que esta seja realizada na antevéspera do evento, a fim de convocar outro usuário e desse modo não deixar a vaga ociosa.

Com relação aos encaminhamentos das PVIH para outros serviços, encontrou-se neste estudo uma baixa necessidade de encaminhamentos, refletindo a resolutividade do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis. Entre os participantes do estudo que alguma vez foram encaminhados, relataram que nem sempre são discutidos os possíveis locais de atendimento, sendo este indicador avaliado de forma regular. No entanto, cabe enfatizar a limitação da autonomia dos usuários quanto à escolha dos serviços de saúde decorre da lógica regionalizada de disponibilização de serviços de referência pré-estabelecida na rede municipal.

A coordenação do cuidado junto a outros profissionais/especialidades/serviços de atenção à saúde foi avaliado como satisfatória no que se refere a ajuda dos profissionais para o agendamento, ao atendimento propriamente dito e ao recebimento do comprovante de agendamento. Ressalta-se que o recebimento do comprovante de agendamento faz parte da

organização dos atendimentos em serviços de saúde públicos municipais ou conveniados, nos quais exigem a apresentação deste comprovante no momento do atendimento.

A epidemia do HIV exige respostas amplas e multisetorial que promovam o controle comunitário dos serviços locais de prevenção e assistência, com o objetivo de alavancar o tratamento de alta qualidade como meio de redução da incidência do HIV. As melhorias no sistema de serviços exigem a contribuição das partes interessadas de toda a RAS para identificar lacunas e informar planos estratégicos que melhorem a integração e a entrega dos serviços às PVHIV. Os resultados satisfatórios e o alcance das metas de saúde dependem de um sistema de serviço local coordenado e altamente eficaz para encontrar, tratar e manter a supressão viral de todos vivendo com HIV.

Durante toda a realização deste estudo, observou-se uma vasta literatura científica sobre a coordenação do cuidado, com enfoque principal para o papel da APS como o centro ordenador da RAS. O atributo da coordenação, embora com diferentes definições tem sido atribuída como essencial para o fortalecimento de sistemas integrados e o cuidado as pessoas que vivem com doenças crônicas, no entanto, o foco ainda se dá em relação as doenças crônicas não transmissíveis.

Dessa forma, este estudo trouxe a possibilidade de discutir a coordenação da assistência ao HIV/aids que traz como desafio, para além de todos aqueles já apontados frente a uma doença crônica, diferentes contextos de vulnerabilidades e o convívio diário com o estigma, a discriminação e o preconceito, que impacta de diversas formas na vida do indivíduo e pode comprometer a adesão ao tratamento, autocuidado, educação em saúde e corresponsabilização pela sua saúde, fragilizando a qualidade e eficácia do cuidado.

Ainda que a fonte regular de atenção às doenças crônicas transmissíveis, como o HIV/aids se dá em serviços especializados, este estudo pode contribuir com subsídios para revisão e discussão de novos processos de trabalho dentro do Ambulatório de Doenças

Crônicas Transmissíveis em busca da integralidade do cuidado e para o fortalecimento da Rede de Atenção em IST/HIV/aids/Hepatites virais no município, com a necessidade da efetivação da comunicação entre os serviços, com o auxílio dos sistemas de apoio e a aproximação entre os profissionais dos diversos pontos de atenção existentes.

Apesar das potencialidades deste estudo, reconhece-se como limitações metodológicas possíveis vies de informações pelo fato da análise da coordenação da assistência ter contemplado apenas a percepção das PVHIV que estavam em acompanhamento, podendo ser influenciada por fatores pessoais e subjetivos que envolvem a satisfação com o atendimento prestado, não sendo considerada a avaliação da coordenação da assistência por parte de quem executa as ações, os profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu delinear o perfil de uma amostra de indivíduos que viviam com HIV/Aids e estavam em acompanhamento no Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis em São José do Rio Preto. Identificou-se prevalência de indivíduos do sexo masculino e de meia idade, fato que está relacionado ao envelhecimento da população. Quanto às características clínicas, houve predomínio de indivíduos assintomáticos, com resposta imunológica adequada e carga viral indetectável, porém, verificou-se a presença de comorbidades crônicas. Tais características e especificidades clínicas, sociais e demográficas permitem refletir sobre a complexidade da assistência a tais indivíduos, de modo a produção do cuidado englobe uma perspectiva interdisciplinar visando o adequado reconhecimento dos problemas e a garantia de uma coordenação em saúde capaz de compatibilizar a assistência prestada com as necessidades e demandas dos usuários, para além da dimensão biologicista do agravo em questão. De modo geral, a coordenação da assistência às PVHIV foi avaliada

como regular. As fragilidades encontradas relacionavam-se ao enfoque fragmentado da assistência e falhas na comunicação entre os serviços no que diz respeito ao fornecimento de impressos, guias de referência e contra referência, reforçando, a necessidade do estabelecimento de um trabalho interdisciplinar da utilização dos dados contidos nos sistemas de informação, de modo a assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado.

Este estudo apresentou alta satisfação em relação ao atendimento em outros profissionais/especialidades/serviços no que se refere a ajuda dos profissionais para o agendamento, ao atendimento propriamente dito e ao recebimento do comprovante de agendamento. Porém foram considerados regulares os indicadores de discussão dos possíveis locais para atendimento, fato que ocorre devido a um fluxo de referência pré-estabelecido na rede e o recebimento de informações escritas para serem entregues a outro serviço, fato que pode interferir na continuidade do cuidado prestado, dado que, não há um sistema de informação interligado.

FINANCIAMENTO

Pesquisa realizada com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), código do financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Seizing the moment. Tackling entrenched inequalities to end epidemics, 2020. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
2. Magnabosco GT, Lopes LM, Andrade R LP, Brunello MEF, Monroe AA, Villa TCS. Assistência ao HIV/aids: análise da integração de ações e serviços de saúde. Esc. Anna Nery. 2018; 22(4): e20180015. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0015>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde. Brasília; 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-as-e-gestores>.
4. 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; 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Boletim epidemiológico HIV aids 2019. Brasília; 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>.
6. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90 goals can prevent 28 million new infections, 2015. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-contiuo>.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV. Brasília, 2018. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_pre_exposicao_risco_infeccao_hiv.pdf.
9. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/aids: Manual Gestão da Rede e dos Serviços de Saúde, CRT – DST/AIDS. São Paulo, SP(BR): Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2017. Disponível em:

- http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1008369/diretrizes_para_implementacao_da_rede_de_cuidados_em_ist_hiv_a_Di35PgK.pdf.
10. Mendes, EV. A construção social da atenção primária. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>.
 11. Almeida, PF, Santos AM. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas?. Rev. Saúde Pública. 2016; 50: 80. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006602>.
 12. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
 13. Galvão, J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34; 2000. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=wzXSb_rpKvsC&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false.
 14. Venanzi Rullo E, Ceccarelli M, Condorelli F, Facciola A, Visalli G, D'Aleo F et al. Investigational drugs in HIV: Pros and cons of entry and fusion inhibitors (Review). Mol Med Rep. 2019 Mar;19(3):1987-1995. doi: 10.3892/mmr.2019.9840.
 15. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. Ciênc. saúde coletiva. 2017; 22(4): 1141-1154. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>.
 16. Leon C, Koosed T, Philibert B, Raposo C, Benzaken AS. HIV/AIDS health services in Manaus, Brazil: patient perception of quality and its influence on adherence to antiretroviral treatment. BMC Health Serv Res. 2019 May 30;19(1):344. doi: 10.1186/s12913-019-4062-9.
 17. Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALS F, Costa MFBNA, Andrade SR. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. Esc. Anna Nery. 2019; 23(1): e20180214. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0214>.
 18. The World Health Report 2008: Primary Health Care, now more than ever. Geneve, 2008.
 19. Swan BA, Haas S, Jessie AT. Care Coordination: Roles of Registered Nurses Across the Care Continuum. Nurs Econ. 2019;6(37):317–23. <https://jdc.jefferson.edu/nursfp/101>.
 20. Peterson K, Anderson J, Bourne D, Charns MP, Gorin SS, Hynes DM et al. Health Care Coordination Theoretical Frameworks: a Systematic Scoping Review to Increase Their Understanding and Use in Practice. J Gen Intern Med. 2019 May;34(Suppl 1):90-98. doi: 10.1007/s11606-019-04966-z.
 21. 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. 2004; 20(supl.2):331-336. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>.
22. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018; 42(1): 244-260. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s116>.
 23. Mendes, EV. Cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_sau_de.pdf.
 24. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
 25. Chueiri PS, Harzheim E, Takeda SMP. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017; 12(39):1-18. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1363>.
 26. Melo EA, Maksud I, Agostini R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?. Revista Panamericana de Salud Pública. 2018, v. 42, e151. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>.
 27. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. Ciênc. saúde coletiva. 2020; 25(5): 1799-1808. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>.
 28. Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RLP, 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. 2014; 30(11): 2283-2297. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00091213>.
 29. 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. 2014; 48(6): 1026-1034.. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700010>.
 30. Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE), 2019. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/sao-jose-do-rio-preto.html>.
 31. Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE), 2010.
 32. Silva RAR, Costa RHS, Braz LCSB, Lucena IA, Ferreira KS, Duarte FHS. Pessoas vivendo com Aids: associação entre diagnósticos de enfermagem e características sociodemográficas/clínicas. Rev. Bras. Enferm. 2018; 71(5): 2535-2542. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0420>.

33. Ribeiro M, Santos WM, Paula CC, Padoin SMM. Qualidade de vida, adesão e indicadores clínicos em pessoas vivendo com HIV. *Acta paul. enferm.* 2020; 33: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0141>.
34. Silva ACO, Reis RK, Nogueira JA, Gir E. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014; 22(6): 994-1000. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3534.2508.34>
35. Magno ES, Saraceni VS, Souza AB, Magno RS, Saraiva MGG, Bühner-Sékula S. Fatores associados à coinfeção tuberculose e HIV: o que apontam os dados de notificação do Estado do Amazonas, Brasil, 2001-2012. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(5): e00019315. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00019315>.
36. Leadebal ODCP, Medeiros LB, Nascimento JA, Monroe AA, Nogueira JA. Classificação de risco clínico em pessoas com aids acompanhadas na atenção especializada. *Rev. Bras. Enferm.* 2019; 72(5): 1235-1242. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0559>.
37. Gonzaga CB, Ferreira GN. Redes de Atenção à Saúde: Um Caminho na Garantia da Integralidade da Atenção no SUS. 2017 ;2(1):12-6. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/1270>.
38. Haldane V, Legido-Quigley H, Chuah FLH, Sigfrid L, Murphy G, Ong SE et al. Integrating cardiovascular diseases, hypertension, and diabetes with HIV services: a systematic review. *AIDS Care.* 2018 Jan;30(1):103-115. doi: 10.1080/09540121.2017.1344350. Epub 2017 Jul 5. PMID: 28679283.
39. Medeiros LB, Trigueiro DRSG, Silva DM, Nascimento JA, Monroe AA, Nogueira JA, et al. Integration of health services in the care of people living with aids: an approach using a decision tree. *Ciên. Saúde Colet.* 2016; 21(2): 543-552. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.06102015>.
40. Paula CC, Kleinubing RE, Bick MA, Ferreira T, Langendorf TF, Padoin SMM. Avaliação da coordenação do cuidado: crianças e adolescentes com condição crônica de infecção pelo HIV. *Cienc Cuid Saude.* 2020;19:e50371. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v19i0.50371>.
41. Damaceno AN, Lima MADS, Pucci VR, Weiller TH. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Rev. Enferm. UFSM – REUFSM.* Santa Maria, RS, v. 10, e14, p. 1-14, 2020. <https://doi.org/10.5902/2179769236832>.
42. Patrício CM. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma real idade para os médicos?. *Rev. Scientia Médica.* v. 21, n. 3, p. 121-131. 2011. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/8723/6722>.
43. Monteiro EKR, Santos JAM, Santos AAP. Prontuário eletrônico como ferramenta da gestão do cuidado: uma proposta para atualização. *Revista de Saúde Dom Alberto,* v. 4, n. 1, p. 77-90, 15. 2019.
44. Varas-Díaz N, Rivera-Segarra E, Neilands TB, Pedrogo Y, Carminelli-Corretjer P, Tollinchi N, Torres E, Soto Del Valle Y, Rivera Díaz M, Ortiz N. HIV/AIDS and

- intersectional stigmas: Examining stigma related behaviours among medical students during service delivery. *Glob Public Health*. 2019 Nov;14(11):1598-1611. doi: 10.1080/17441692.2019.1633378.
45. Kibachio J, Mwenda V, Ombiro O, et al. Recommendations for the use of mathematical modelling to support decision-making on integration of non-communicable diseases into HIV care. *J Int AIDS Soc*. 2020;23:e25505. doi:10.1002/jia2.25505.
 46. Siapka M, Remme M, Obure CD, Maier CB, Dehne KL, Vassall A. Is there scope for cost savings and efficiency gains in HIV services? A systematic review of the evidence from low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2014;92(7):499-511AD. doi:10.2471/BLT.13.127639.
 47. Cadaxa AG, Sousa MF, Mendonça AVM. Conteúdos promotores de saúde em campanhas de Aids no Facebook dos ministérios da saúde do Brasil e do Peru. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2015; 38(6), 457–463. <https://scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n6/457-463/#ModalArticles>.
 48. Barcelos PEL, Aguiar AC. A comunicação sobre HIV nas práticas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)- Brasil = The communication about HIV in health practices in the Unified Health System (SUS)-Brazil. *Revista Española de comunicacion em salud*. 2019, 100-111. doi:http://dx.doi.org/10.20318/recs.2019.44732019.
 49. Silva LMS, Tavares JSC. A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(4): 1109-1118. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.17932013>.
 50. Ballantyne M, Rosenbaum PL. Missed appointments: more complicated than we think. *Paediatr Child Health*. 2017; 22(3):164-5. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx039>.
 51. Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. *Rev Bras Méd Fam Comunidade*, 2014; 9(32): 235-41. [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)960](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(32)960).
 52. Farias CML, Moraes L, Esposti CDD, Santos Neto ET. Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*. 2020; 15(42), 2239. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2239](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2239).

APÊNDICE

5.1 Apêndice A

Número do questionário: _____		Responsável pela coleta de dados: _____						
Município: _____		Local da coleta: _____						
Data 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.	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"/>		
6.	Até que série o(a) Sr.(a) estudou	Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/>	1ª fase do ensino fundamental (incompl.) 2 <input type="checkbox"/>	1ª fase do ensino fundamental (compl.) 3 <input type="checkbox"/>	2ª fase do ensino fundamental (incomp.) 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"/>		
7.	Na atual situação de trabalho considera	Desempregado(a) 1 <input type="checkbox"/>	Empregado(a) 2 <input type="checkbox"/>	Autônomo 3 <input type="checkbox"/>	Do lar 4 <input type="checkbox"/>	Estudante 5 <input type="checkbox"/>	Aposentado 6 <input type="checkbox"/>	Afastado 7 <input type="checkbox"/>
		Quanto tempo: _____	Profissão: _____	Especificar _____			Motivo: _____	Tempo: _____
8.	Classificação Econômica (Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa - ABEP) - Classe _____							
II. DADOS SOBRE AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS CASOS								
No momento da entrevista								
9.	9a	- 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"/> Candidíase 9 <input type="checkbox"/> Outras. Especificar _____						
	9b	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 _____
10.	Data de início da Terapia Antiretroviral (TARV):
11.	Data e resultado do último CD4 realizado:
12.	Data e resultado da última Carga Viral realizado:
13.	Faz tratamento específico além do ARV? 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. Especificar: _____
14.	Presença de 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: _____
Para as questões 15 a 38 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe	
III. DADOS SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE UTILIZADO	
15.	O (A) Sr. (a) utiliza a UBS/ USF da sua área de abrangência? Informações adicionais: 15.a Motivos: _____ 15.b A equipe da UBS/PSF pergunta/acompanha o seu tratamento ARV: _____ 15.c A equipe aqui do Programa tem conhecimento/acompanha/estimula ou até mesmo se articula com a UBS/ESF para ajudá-lo na resolução de seus problemas/necessidades: _____ 15.d A equipe aqui do Programa solicita as informações sobre seu acompanhamento na UBS/PSF: _____
16.	O (A) Sr. (a) utiliza o Pronto Atendimento 24h? Informações adicionais: 16.a Quais: _____ 16.b Motivos da procura: _____ Comunica a equipe sobre o atendimento e a conduta dos profissionais do PA:
17.	O (A) Sr. (a) frequenta algum outro serviço de saúde sem ser esse ambulatório, a UBS/USF ou o PA? 17.a Especificar: _____
18.	Serviços de Saúde utilizados de modo geral (públicos, conveniados e privados): Nomes/ Especificar os motivos da utilização: _____
IV. DADOS SOBRE A INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (COORDENAÇÃO)	
Para as questões 19 a 38 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:	
19.	Os profissionais da unidade de saúde lêem o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?
20.	Durante a consulta com médico ou equipe de enfermagem, os profissionais fazem anotações em seu prontuário ou no computador?
21.	O senhor recebe os resultados impressos de seus exames? Informações adicionais: 21.a Se os exames não são entregues, possibilidades resposta: 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado.

	<p>2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Apenas olha, mas fica arquivado no prontuário.</p> <p>Obs: _____</p> <p>21.b Se os exames são entregues, possibilidades de resposta:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Serviço entrega.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Usuário solicita.</p> <p>Obs: _____</p>
22.	Os resultados dos seus exames já estão prontos e disponíveis quando o senhor comparece ao serviço?
23.	O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno no serviço de saúde?
24.	<p>O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre a regularidade do uso dos medicamentos?</p> <p>24.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>
25.	<p>O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre a ocorrência de efeitos colaterais?</p> <p>25.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>
26.	<p>O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre o aparecimento de outras intercorrências relacionadas à doença?</p> <p>26.a Por quem? 1 <input type="checkbox"/> Médica; 2 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 3 <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>
27.	<p>O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre as suas condições de vida (estrutura familiar, emprego, condições de moradia, dificuldades financeiras)?</p> <p>27.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>
28.	<p>O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre o recebimento de apoio dos familiares/parceiros/amigos para seu tratamento?</p> <p>28.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>
29.	<p>O serviço de saúde faz contato com alguma organização não governamental, associação de bairro, igreja do município para contribuir com o seu tratamento?</p> <p>29a Quem? 1 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 2 <input type="checkbox"/> Assistente social; 3 <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>
Coordenação do Caso Clínico junto a outros Profissionais/Especialidades/Serviços	
OBS: AGORA VAMOS FALAR SOBRE A <u>UTILIZAÇÃO</u> O <u>ENCAMINHAMENTO</u> DO (A) SR.(A) PARA OUTRAS ESPECIALIDADES	
(serviço social, odontologia, fisioterapia, psicologia, médico especialista, nutricionista, ONGs)	
Com que frequência...	
30.	<p>A equipe deste serviço consegue encaminhá-lo para atendimento com outros profissionais / outros serviços quando identificam alguma necessidade?</p> <p>30.a Quais serviços: _____</p> <p>30.b. Outras possibilidades de resposta:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Usuário geralmente solicita encaminhamento.</p> <p>Obs: _____</p>

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

31.	Quando algum profissional da unidade de saúde encaminha o(a) Sr(a) para outra especialidade/profissional de saúde, com que frequência ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?
32.	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?

	<p>Informações adicionais:</p> <p>32.a Quem realiza o agendamento:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Serviço de Saúde</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Usuário</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Ambos.</p> <p>Obs: _____</p>
33.	No agendamento da consulta em outro serviço de saúde, com que frequência os o(a) Sr.(a) recebe comprovante que a consulta foi marcada?
34.	<p>Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado a outro serviço de saúde, com que frequência os profissionais da unidade de saúde fornecem informações escritas sobre sua situação para entregar ao outro especialista/profissional?</p> <p>Informações adicionais:</p> <p>34.a Outras possibilidades de resposta:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Usuário geralmente quem solicita</p> <p>3 <input type="checkbox"/> As equipes discutem entre si sobre a situação do usuário, pois os profissionais já sabiam das condições do mesmo no momento do outro atendimento.</p> <p>Obs: _____</p>
35.	Quando encaminhado a outro serviço, com que frequência o Sr.(a) consegue ser atendido?

FILTRO: Se o indivíduo ainda não passou pelo especialista, finalizar a entrevista.

36.	<p>O(A) Sr.(a) retorna à unidade de saúde com as informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço/com outros profissionais/ outras especialidades?</p> <p>Informações adicionais:</p> <p>36.a Outras possibilidades de resposta:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Usuário geralmente quem solicita</p> <p>3 <input type="checkbox"/> As equipes discutem entre si sobre a situação do usuário, pois a equipe de referência já estava ciente das condições do mesmo no momento do retorno.</p> <p>Obs: _____</p>
37.	<p>Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço/ com outros profissionais?</p> <p>Informações adicionais:</p> <p>37.a Outras possibilidades de resposta:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca/raramente foi discutido.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Usuário geralmente quem solicita esclarecimentos</p> <p>Obs: _____</p>
38.	<p>Os profissionais da unidade de saúde estão interessados em saber se o(a) Sr.(a) conseguiu resolver o problema no outro serviço/ por outros profissionais/ serviços de saúde ou até mesmo em ONGs?</p> <p>38.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>
Observações do entrevistado:	
Observações do entrevistador:	
Data do retorno do usuário ao serviço de saúde:	

5.2 Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa denominada “Coordenação das ações e serviços de saúde na assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids no município de São José do Rio Preto - SP”. Este estudo está sendo realizado por uma pesquisadora da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e tem como objetivo analisar a oferta e a integração das ações e serviços de saúde durante a assistência prestada aos doentes pelo Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis do município.

Sua participação não é obrigatória, ou seja, o(a) Sr(a) decidirá pela sua participação ou não neste estudo. Caso concorde em participar, lhe será solicitado que responda a um questionário, cujas informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção às pessoas que vivem com HIV/aids. A entrevista durará, em média, 30 minutos.

Se o (a) Sr.(a) concordar em participar, terá a garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo pedir o seu afastamento em qualquer momento da pesquisa, se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos, inclusive sendo dispensável a necessidade de justificativas para a desistência. Caso não se sinta confortável para responder alguma questão da entrevista, o(a) Sr.(a) será respeitado, pois sabemos que algumas questões do questionário podem causar desconforto. Informamos ainda que o (a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como não usufruirá de benefícios para a referida participação. Todas as informações fornecidas, bem como aquelas coletadas pelos pesquisadores em fontes de dados informatizadas (ficha de notificação/SINAN) e livros de registro do Programa DST/aids, serão mantidas em segredo e utilizadas apenas na construção da pesquisa. Tais informações ficarão sob a guarda dos pesquisadores e poderão ser requisitadas pelo (a) Sr.(a) a todo momento.

Destacamos que o (a) Sr.(a) não será identificado (a) em nenhuma situação e o seu nome será mantido em segredo. Asseguramos que esta pesquisa não trará prejuízo ao (a) Sr.(a) e nem a outras pessoas. O (a) Sr.(a) receberá uma cópia deste termo assinado pela pesquisadora responsável.

Agradecemos a sua colaboração.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima, satisfeito com as respostas às minhas dúvidas e ciente de meus direitos acima relacionados, aceito voluntariamente em participar da pesquisa.

São José do Rio Preto, _____, de _____ de 2019.

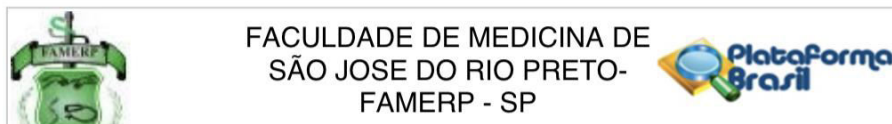
Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Pesquisadora: Enfermeira Cleina de Fátima Carvalho

CONTATO: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Endereço: End: Av. Brigadeiro Faria Lima, - 5416 - Vila São Pedro. CEP: 15090-000
Cidade: São José do Rio Preto – SP. Fone: (17) 3201-5700. Prof^a Dr^a Maria Amélia Zanon Ponce - e-mail: amelinha_famerp@yahoo.com.br – Telefone: (17) 99601-4100. Enfermeira Cleina de Fátima Carvalho – Telefone: (67) 99650-4644 Comitê de Ética em Pesquisa - Av. Brigadeiro Faria Lima, - 5416 - Vila São Pedro. CEP: 15090-000 - São José do Rio Preto – SP. Fone: (17) 3201-5813.

ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Coordenação das ações e serviços de saúde na assistência prestada às pessoas que vivem com aids no município de São José do Rio Preto - SP.

Pesquisador: Cleina de Fátima Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 92874518.4.0000.5415

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.809.823

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo inquérito exploratório, com abordagem quantitativa sobre o serviço prestado às pessoas que vivem com aids atendidas no Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis de São José do Rio Preto.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a coordenação das ações e serviços de saúde prestados às pessoas que vivem com aids em acompanhamento no Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis de São José do Rio Preto, na perspectiva do paciente. Além da caracterização das pessoas que vivem com aids neste complexo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os potenciais riscos e benefícios deste estudo foram descritos com riqueza de detalhes e cuidado pelas pesquisadoras. Há relação adequada riscos x benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a análise do serviço prestado, bem como para a identificação de fragilidades e potencialidades do serviço prestado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos, em geral, estão adequados. No entanto, sugiro a correção do termo de consentimento livre e esclarecido, uma vez que consta ao final do referido documento que trata-se de um estudo

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-
FAMERP - SP



Continuação do Parecer: 2.809.823

sobre tuberculose.

Recomendações:

-Adequação do TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com a adequação do TCLE, sugiro aprovação do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado com recomendações.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1138319.pdf	29/06/2018 12:36:21		Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	29/06/2018 12:35:51	Cleina de Fátima Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Cleina_mestrado.docx	27/06/2018 17:35:54	Cleina de Fátima Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/06/2018 17:35:11	Cleina de Fátima Carvalho	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	17/05/2018 17:26:18	Cleina de Fátima Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DO RIO PRETO, 09 de Agosto de 2018

Assinado por:
GERARDO MARIA DE ARAUJO FILHO
(Coordenador)

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br

MANUSCRITO

Coordenação dos serviços de saúde na assistência prestada às pessoas que vivem HIV/Aids

Cleina de Fatima Carvalho Passalacqua^I
Maria Amélia Zanon Ponce^{II}

^I Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

^{II} Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Objetivo:

Analisar a coordenação das ações e serviços de saúde na assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids.

Métodos:

Estudo descritivo, tipo inquérito exploratório realizado a partir de abordagem quantitativa com 320 pessoas que vivem com HIV/Aids. A análise foi feita por distribuição de frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central (média) e variabilidade (desvio padrão).

Resultados:

Encontrou-se que 94,4% faziam uso exclusivo de serviços públicos, com enfoque na atenção primária de saúde e pronto atendimento. A coordenação da assistência prestada às pessoas vivendo com HIV/aids no ambulatório e junto aos demais profissionais/especialidades/serviços foram consideradas regular com médias de 2,90 e 3,46, respectivamente com ênfase nas falhas de comunicação entre os serviços no que diz respeito ao fornecimento de impressos, guias de referência e contra referência. Por outro lado, apresentou alta satisfação em relação ao atendimento em outros profissionais/especialidades/serviços no que se refere a

ajuda dos profissionais para o agendamento, ao atendimento propriamente dito e ao recebimento do comprovante de agendamento.

Conclusão:

As fragilidades encontradas relacionavam-se ao enfoque fragmentado da assistência reforçando a necessidade do estabelecimento de um trabalho interdisciplinar e da utilização de dados contidos nos sistemas de informação, de modo a assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado.

Descritores: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. HIV. Serviços de Saúde. Integração de Sistemas. Avaliação de Desempenho.

INTRODUÇÃO

Com o uso da terapia antirretroviral (TARV) a infecção pelo HIV/aids tornou-se ao longo dos anos uma condição crônica manejável que mundialmente afeta cerca de 36,2 milhões de adultos e 1,7 milhões de crianças e jovens (menores de 15 anos)¹. Deixou de ser uma doença aguda mortal, mas ainda carrega consigo, além de sua complexidade biológica e cultural, diversos estigmas, dificuldades na adesão e manutenção do tratamento e impõe sobrecarga aos serviços de saúde²⁻⁴.

Com o objetivo de se adequar as metas globais para eliminação da transmissão do HIV/aids novos planos foram lançados^{5,6}. O modelo de cascata fomentou uma estratégia denominada contínuo do cuidado do HIV (“*HIV care continuum*”) que orienta a organização desse cuidado e cujo modelo adotado no Brasil (QualiRede do contínuo do cuidado) amplia as etapas de promoção da saúde sexual e reprodutiva e de prevenção das infecções, traz a etapa do tratamento antes da retenção, em conformidade com a proposta de oferecer tratamento para todos os infectados e introduz a adesão ao TARV⁷.

Diante da complexidade do manejo do agravo, visto às especificidades do enfrentamento dos diferentes contextos de vulnerabilidades e determinantes sociais que perpassam por todos os eixos de atenção (prevenção, diagnóstico e assistência à saúde), as ações só serão efetivas se houver uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) bem estruturada e que garanta a integração entre diferentes serviços de saúde, a qual viabiliza cuidados continuados e que seja capaz de incorporar ações, serviços de saúde, profissionais sincronizados e o próprio usuário com o propósito de resolver suas necessidades, com o empreendimento de esforços para a garantia da integralidade^{8,9}.

Dessa forma, para garantia do acesso e qualidade dos serviços com humanização da assistência, acolhimento das necessidades e a continuidade do cuidado de indivíduos que necessitarão dos serviços de saúde por tempo prolongado e indeterminado, fazem-se necessário, um ponto de atenção longitudinal e habitual que promova a coordenação do fluxo dos usuários entre os serviços de saúde, sendo o centro de comunicação entre os diferentes pontos da rede para que seja possível assegurar a coordenação do cuidado, sob uma forma de gestão compartilhada¹⁰.

O presente estudo tem por objetivo analisar a coordenação das ações e serviços de saúde prestados às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHIV), sob a ótica dos usuários.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo inquérito exploratório realizado a partir de abordagem quantitativa no Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis, situado no município de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo. O Complexo é um serviço especializado que conta com programas de prevenção e diagnóstico em

IST, HIV/aids e hepatites e o ambulatório de doenças Crônicas Transmissíveis, voltado para o acompanhamento ambulatorial dessas doenças.

No que tange a assistência, contempla o Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis, referência municipal para atendimento e acompanhamento multiprofissional e terapêutico de: pessoas vivendo com HIV/aids; portadores de hepatites B e C e contatos; portadores de tuberculose extrapulmonar ou multidroga resistente e hanseníase.

Participaram desse estudo, 320 PVHIV em acompanhamento no Ambulatório do Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis de São José do Rio Preto no período de setembro de 2018 a outubro de 2019 que atenderam os seguintes critérios de inclusão: residentes no município de São José do Rio Preto; terapia antirretroviral instituída há mais de seis meses; idade igual ou superior a 18 anos; não pertencentes ao sistema prisional e com ausência de limites de cognição.

O cálculo para o tamanho da amostra foi realizado a partir do levantamento do número total de casos confirmados e acompanhados pelo ambulatório em maio de 2018. Considerando que neste período avia 1840 PVHIV em tratamento com antirretrovirais no serviço, encontrou-se, por meio da fórmula $n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / (N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)$, utilizando nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, o tamanho amostral de 318 pessoas. Foram entrevistadas 320 pessoas.

A coleta de dados foi realizada por meio de fontes primárias e secundárias, sendo entrevista com o paciente e busca em prontuários respectivamente. Para a coleta dos dados primários foi utilizado questionário estruturado elaborado por pesquisadoras vinculadas a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP (previamente autorizado), com base no Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos⁴ e no protocolo de acompanhamento

ambulatorial do paciente com HIV/aids da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais¹¹. A elaboração do instrumento passou por procedimentos relacionados a análise do conteúdo, análise semântica e teste piloto para readequações e verificação da viabilidade do instrumento e do método proposto. Para realizar a análise de conteúdo, selecionou-se sete profissionais expertises nas áreas temáticas de HIV/Aids e saúde pública. Foi realizada uma análise semântica a partir de um teste piloto, no intuito de “verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população a qual o instrumento se destina”.

O instrumento de coleta de dados possui 38 questões, divididas em quatro seções: dados sociodemográficos; dados sobre as características clínicas dos casos; dados sobre os serviços de saúde utilizados; dados sobre a coordenação da assistência. As variáveis relacionadas aos dados sociodemográficos, características clínicas e de utilização de serviços de saúde contemplavam escalas variadas de respostas como dicotômicas e de múltipla escolha. Já as variáveis de coordenação da assistência continham uma escala de possibilidade preestabelecida (Likert), com valores entre “1” e “5”, cuja resposta mais favorável correspondia ao valor mais alto.

Destaca-se que a coordenação da assistência foi analisada sob suas vertentes: coordenação do caso junto à equipe do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis (coordenação horizontal) e a coordenação do caso clínico junto a outros profissionais/especialidades/serviços (coordenação vertical).

Para realização da coleta de dados, realizada no período de setembro/2018 a outubro/2019, cada entrevistado recebeu orientações sobre a natureza e os objetivos do estudo, assim como foi solicitada a participação do mesmo mediante assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Ressalta-se que esta priorizou a confidencialidade, o sigilo e proteção da identidade dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas antes ou após as consultas médicas ou após a retirada de medicamentos na farmácia e na ocasião do comparecimento ao serviço para a coleta de sangue relacionada aos exames de contagem dos linfócitos T – CD4/CD8 e quantificação da carga viral, com duração média de 30 minutos. De forma complementar, alguns dados relacionados à seção II do questionário foram coletados de fontes secundárias utilizando os prontuários dos usuários e sistemas de informação (SICLON – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos e SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV).

Quadro 1. Descrição das seções e variáveis utilizadas no estudo.

Seção	Descrição	Variáveis	Fonte de dados
I	Dados sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo; - Idade; - Estado Civil; - Escolaridade; - Situação empregatícia; 	Entrevista
II	Dados sobre as características clínicas dos casos	<ul style="list-style-type: none"> - Características clínicas no momento da entrevista; - Tempo de tratamento; - Resultado do último CD4 e Carga Viral; - Presença de outras doenças crônicas; - Tratamento específico além dos antirretrovirais. 	<ul style="list-style-type: none"> -Entrevista - Prontuário - Sistemas de informação
III	Dados sobre os serviços de saúde utilizados	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliza APS; - Utiliza pronto atendimento 24h; - Utiliza outros ambulatórios públicos especializados; - Utiliza serviços privados. 	Entrevista
IV	Dados sobre a coordenação da assistência	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização do prontuário/ficha de atendimento durante a consulta; - Registro dos atendimentos em prontuários; - Entrega dos resultados de exames impressos; - Disponibilização dos resultados de exame para avaliação durante as consultas; - Notificação sobre data de agendamento da consulta de retorno. - Questionamentos pelos profissionais sobre: <p>Coordenação do caso junto à equipe do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis</p>	Entrevista

	<p>Regularidade no uso dos medicamentos; Ocorrência de efeitos colaterais; Aparecimento de outras intercorrências relacionadas à condição de saúde; Condições de vida dos indivíduos (emprego, moradia, saneamento básico); Apoio dos familiares/parceiros/amigos durante o tratamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contato com ONG, associações de bairros ou outros para contribuir no tratamento.
<p>Coordenação do caso clínico junto a outros profissionais/especialidades /serviços</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhamento para outros serviços de saúde quando necessário; - Discussão quanto aos possíveis locais de atendimento em caso de encaminhamento; - Auxílio para o agendamento de consultas junto a outro serviço; - Recebimento de comprovante do agendamento de consulta em outro serviço; - Recebimento de informações escritas sobre a situação do usuário para ser entregue a outro serviço; - Frequência que consegue ser atendido em outro serviço/profissional/especialidade quando encaminhado; - Retorno de informações escritas sobre os resultados/conduas adotadas por outro serviço. - Discussão sobre os resultados e as condutas adotadas por outro serviço; - Interesse dos profissionais de saúde quanto ao atendimento prestado em outro serviço.

Os dados coletados foram armazenados e analisados no software Statistica versão 8.0 da Statsoft. Os procedimentos estatísticos utilizados nesta pesquisa foram: distribuição de frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central (média) e variabilidade (desvio padrão).

A análise descritiva dos dados ocorreu em 2 etapas: inicialmente, os indivíduos foram caracterizados em relação ao perfil sócio demográfico e clínico e quanto aos serviços de saúde utilizados por meio de técnicas estatísticas descritivas

e análise da integração das ações e serviços de saúde prestados às PVHIV, com base em indicadores construídos a partir de variáveis relacionadas à “coordenação”, bem como um indicador geral. O indicador criado corresponde ao valor médio de todas as respostas para cada variável. Os indicadores de coordenação da assistência foram classificados em: insatisfatórios (valores entre 1 e 2,5 correspondendo a valores até 50% da escala), regulares (maior que 2,5 e menor que 3,5, correspondendo a valores entre 50% e 70% da escala) e satisfatórios (maior que 3,5, correspondendo a valores maior que 70% da escala).

Atendendo a aspectos éticos, após a autorização da Secretaria de Saúde do município para implementação da pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de São José Do Rio Preto, atendendo a resolução 466/2012, conforme parecer nº 2.809.823.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 320 pessoas vivendo com HIV/Aids, correspondendo a 17,4% de todos os casos identificados nos registros. Dessas, a proporção foi maior entre o sexo masculino, 202 (63,1%), sendo a faixa etária predominante entre 40 a 59 anos (49,7%) e a idade média de 43 anos (dp=12). Quanto ao estado civil, 135 (42,2%) se declararam solteiros, 131 (40,9%) apresentavam ensino médio completo e 167 (52,2%) referiram possuir alguma fonte de renda (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas das pessoas vivendo com HIV/aids, Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis, São José do Rio Preto, 2019.

Características sociodemográficas		PVHIV (N=320)	
		N	%
Identidade de gênero	Masculino	202	63,1
	Feminino	113	35,3
	Travesti/Transexual	5	1,6
Faixa etária	18 a 39 anos	134	41,9
	40 a 59 anos	159	49,7
	60 a 76 anos	27	8,4

Estado civil	Solteiro	135	42,2
	Casado/união estável	116	36,3
	Separado/divorciado	38	11,9
	Viúvo	31	9,6
Escolaridade	Sem escolaridade ou EF incompleto	62	19,4
	EF completo	101	31,6
	Ensino Médio completo	131	40,9
	Ensino Superior completo	26	8,1
Situação Empregatória	Empregado/autônomo	167	52,2
	Desempregado	67	20,9
	Outros (do lar/estudante)	43	13,4
	Aposentado	38	11,9
	Afastado	5	1,6

Legenda: PVHIV = Pessoas vivendo com HIV/Aids; EF = Ensino Fundamental

O tempo médio de tratamento antirretroviral entre os entrevistados foi de 9,1 anos (dp = 7,1), sendo o mínimo de 1 e o máximo de 33 anos.

Quanto a situação clínica e imunológica, 308 (96,3%) encontravam-se assintomáticos, 175 (54,7%) apresentaram contagem de linfócitos T-CD4 entre 350 e 499 mm³/cel e a carga viral indetectável prevaleceu em 289 (90,3%) da amostra. Identificou-se que 125 (39,1%) apresentavam uma ou mais condições crônicas associadas, sendo 27 (8,4%) hipertensão arterial, 21 (6,6%) diabetes, 19 (5,9%) depressão e 25 (7,8%) disseram apresentar mais de uma condição crônica. Em relação ao uso regular de outros medicamentos além dos antirretrovirais, 202 (63,1%) afirmaram que não o faziam (Tabela 2).

Tabela 2. Características clínicas das pessoas vivendo com HIV/Aids, Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis, São José do Rio Preto, 2019.

Características clínicas		PVHIV (N=320)	
		N	%
Doenças oportunistas	Não	315	98,4
	Sim	5	1,6
Manifestações Clínicas	Assintomático	308	96,3
	Sintomático	12	3,7
Linfócito T-CD4+	< 350 mm ³ /cel	40	12,5

	350 a 499 mm ³ /cel	175	54,7
	> 500mm ³ /cel	56	17,5
	Sem informação	46	14,4
Carga Viral	Indetectável	289	90,3
	Detectável	31	9,7
Condições crônicas associadas	Nenhuma	195	60,9
	HAS	27	8,4
	DM	21	6,6
	Outras	21	6,6
	Depressão	19	5,9
	Hepatite	12	3,8
	Mais de uma doença crônica	25	7,8
Tempo de TARV	Mais de 10 anos	91	28,4
	Menos de 10 anos	229	71,6
Realização de tratamento além dos ARV	Não	202	63,1
	Sim	118	36,9

Legenda: PVHIV = Pessoas vivendo com HIV/Aids; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; DM = Diabetes Mellitus

Quanto à utilização dos serviços de saúde, 302 (94,4%) das PVHIV faziam uso exclusivo dos serviços públicos, onde 112 (35%) utilizavam dos serviços da APS para atendimentos eventuais, vacinas e retirada de medicamentos e preservativos, porém quando questionados se a equipe da APS acompanhava o TARV, 98 (87,5%) destes usuários relataram que a equipe da unidade básica de saúde não tem conhecimento sobre seu status sorológico e que desconhecem qualquer tipo de articulação entre o Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis e a APS. Em caso de intercorrências, 106 (33,1%) disseram procurar a unidade de pronto atendimento. Daqueles que referiram utilizar outros serviços de saúde, 21 (6,6%) citaram Ambulatório de Especialidades Médicas, 7 (2,2%) Hospital e 6 (1,9%) referiram utilizar Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os demais, 18 (5,6%) utilizavam, também, Serviços de Saúde privados, sendo que 16 (5,0%) relataram possuir algum tipo de Convênio de Saúde.

Ao avaliar o indicador “Coordenação do caso junto à equipe do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis”, encontrou-se um índice composto considerado regular (média 2,90; dp 1,6).

Quanto aos indicadores específicos, foram classificados como satisfatórios: “Utilização do prontuário/ficha de atendimento durante a consulta (média 4,85; dp 0,58)”; “Registro dos atendimentos em prontuário durante a consulta (média 4,99; dp 0,16)”; “Disponibilização dos resultados de exame para avaliação durante as consultas” (média 4,97; dp 0,32); “ Questionamentos sobre a regularidade do uso dos medicamentos (média 3,87; dp 1,17)” e “ Questionamentos sobre a ocorrência de efeitos colaterais (média 3,69; dp 1,30)”.

O indicador “Questionamentos sobre intercorrências relacionadas à doença (média 3,49; dp 1,42)” foi considerado regular e os indicadores: “ Entrega dos resultados de exame impresso (média 1,10; dp 0,61)”, “Notificação sobre data de agendamento da consulta de retorno (média 1,55; dp 0,95)”, “ Questionamentos sobre as condições de vida (média 1,51; dp 1,02)”, “Questionamentos sobre apoio familiar/parceiros/amigos (média 1,39; dp 0,91)” e “Contato com ONG, associações de bairros ou outros para contribuir no tratamento (média 1,01; dp 0,12)” obtiveram resultados insatisfatórios (Tabela 3).

Tabela 3. Coordenação das ações prestadas pela equipe do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis às pessoas vivendo com HIV/Aids, São José do Rio Preto, 2019.

Coordenação do caso junto à equipe do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis		PVHIV (N=320)		Média (dp)
		N	%	
Utilização do prontuário/ficha de atendimento durante a consulta	Nunca	2	0,6	4,85 (0,58)
	Quase Nunca/Às vezes	17	5,3	
	Sempre/Quase sempre	301	94,1	
Registro dos atendimentos em prontuário durante a consulta	Nunca	0	0	4,99 (0,16)
	Quase Nunca/Às vezes	2	0,6	
	Sempre/Quase sempre	318	99,4	
Entrega do resultado de exame impresso	Nunca	311	97,2	

	Quase Nunca/Às vezes	1	0,3	1,10 (0,61)
	Sempre/Quase sempre	8	2,5	
Disponibilização dos resultados de exame para avaliação durante as consultas	Nunca	0	0	4,97 (0,32)
	Quase Nunca/Às vezes	2	0,6	
	Sempre/Quase sempre	318	99,4	
Notificação sobre data de agendamento da consulta de retorno	Nunca	218	68,1	1,55 (0,95)
	Quase Nunca/Às vezes	92	28,8	
	Sempre/Quase sempre	10	3,1	
Questionamentos sobre a regularidade do uso dos medicamentos	Nunca	9	2,8	3,87 (1,17)
	Quase Nunca/Às vezes	123	38,4	
	Sempre/Quase sempre	188	58,8	
Questionamentos sobre a ocorrência de efeitos colaterais	Nunca	23	7,2	3,69 (1,30)
	Quase Nunca/Às vezes	126	39,4	
	Sempre/Quase sempre	171	53,4	
Questionamentos sobre intercorrências relacionadas à doença	Nunca	42	13,1	3,49 (1,42)
	Quase Nunca/Às vezes	121	37,8	
	Sempre/Quase sempre	157	49,1	
Questionamentos sobre as condições de vida	Nunca	235	73,5	1,51 (1,02)
	Quase Nunca/Às vezes	67	20,9	
	Sempre/Quase sempre	18	5,6	
Questionamentos sobre apoio familiar/parceiros/amigos	Nunca	255	79,7	1,39 (0,91)
	Quase Nunca/Às vezes	53	16,6	
	Sempre/Quase sempre	12	3,7	
Contato com ONG, associações de bairros ou outros para contribuir no tratamento	Nunca	318	99,4	1,01 (0,12)
	Quase Nunca/Às vezes	1	0,3	
	Sempre/Quase sempre	1	0,3	

Legenda: PVHIV = Pessoas vivendo com HIV/Aids

Dos 320 entrevistados, 214 (66,9%) afirmaram que nunca houve a necessidade de encaminhamento para outros profissionais/especialidades/serviços a partir do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis. Considerando as respostas daqueles usuários que em algum momento foram encaminhados (106 - 33,1%), o indicador “Coordenação do caso clínico junto a outros profissionais/especialidades/serviços” apresentou índice composto regular (média 3,46; dp 1,4).

Analisados individualmente foram considerados satisfatórios os indicadores: “Auxílio no agendamento de consulta em outros serviços (média 4,89; dp 0,61)”, “Recebimento de comprovante do agendamento de consulta em outro serviço (média 4,91; dp 0,58)” e “Frequência que consegue ser atendido em outro serviço (média 5,00; dp 0,00)”.

Os indicadores seguintes foram classificados com regular: “Discussão quanto aos possíveis locais de atendimento em caso de encaminhamento (média 2,92; dp 1,67)”, “Recebimento de informações escritas sobre a situação do usuário para ser entregue a outro serviço (média 2,90; dp 1,88)”, “Recebimento de informações escritas sobre os resultados/conduitas adotadas por outro serviço (média 2,74; dp 1,80)” e “Interesse dos profissionais de saúde quanto ao atendimento prestado em outro serviço (média 3,40; dp 1,72)”.

Foi considerado insatisfatório o indicador: “Discutem, com outros profissionais/serviços/ONGs, sobre atendimento realizado em outro serviço” (média 1,02; dp 0,14) (tabela 4).

Tabela 4. Coordenação das ações para as pessoas vivendo com HIV/Aids junto a outros profissionais/especialidades/serviços, São José do Rio Preto, 2019.

Coordenação do caso clínico junto a outros profissionais/especialidades/serviços		PVHIV(N=320)		Média (dp)
		N	%	
Discussão quanto aos possíveis locais de atendimento em caso de encaminhamento	Nunca	37	34,9	2,92 (1,67)
	Quase Nunca/Às vezes	30	28,3	
	Sempre/Quase sempre	39	36,8	
Auxílio no agendamento de consulta em outros serviços	Nunca	2	1,9	4,89 (0,61)
	Quase Nunca/Às vezes	2	1,9	
	Sempre/Quase sempre	102	96,2	
Recebimento de comprovante do agendamento de consulta em outro serviço	Nunca	2	1,9	4,91 (0,58)
	Quase Nunca/Às vezes	1	0,9	
	Sempre/Quase sempre	103	97,2	
Recebimento de informações escritas sobre a situação do usuário para ser entregue a outro serviço	Nunca	49	46,2	2,90 (1,88)
	Quase Nunca/Às vezes	11	10,4	
	Sempre/Quase sempre	46	43,4	

Frequência que consegue ser atendido em outro serviço	Nunca	0	0	5,00 (0,00)
	Quase Nunca/Às vezes	0	0	
	Sempre/Quase sempre	106	100	
Recebimento de informações escritas sobre os resultados/conduas adotadas por outro serviço	Nunca	49	46,2	2,74 (1,80)
	Quase Nunca/Às vezes	17	16,1	
	Sempre/Quase sempre	40	37,7	
Interesse dos profissionais de saúde quanto ao atendimento prestado em outro serviço	Nunca	29	27,4	3,40 (1,72)
	Quase Nunca/Às vezes	21	19,8	
	Sempre/Quase sempre	56	52,8	
Discutem com outros profissionais/serviços/ONGs, sobre atendimento realizado em outro serviço	Nunca	104	98,1	1,02 (0,14)
	Quase Nunca/Às vezes	2	1,9	
	Sempre/Quase sempre	0	0	

Nota: n=106, pois 214 sujeitos do estudo referiram que nunca foram encaminhados para outro serviço de saúde.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico das PVHIV no presente estudo acompanhou o perfil da epidemia do HIV no Brasil e no mundo, com predominância de pessoas do sexo masculino, adultos de meia idade, solteiros¹ e com relato de ensino médio completo.

Quanto ao quadro clínico relacionados ao agravo, o tempo médio de tratamento dos entrevistados foi de nove anos, com maioria de indivíduos assintomáticos e sem doenças oportunistas, cujos exames laboratoriais mostravam carga viral indetectável e linfócitos T CD4+ entre 350 de 499 células/mm³. Tais dados refletem bons níveis de adesão ao tratamento e estado imunológico¹² e podem estar relacionados a um adequado desempenho da equipe do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis no que se refere ao cumprimento dos Protocolos Clínicos.

Por outro lado, a presença de outras comorbidades crônicas associadas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, depressão e hepatites virais) e a realização de outros tratamentos além da TARV, como encontrados neste estudo, exigem estratégias de integração entre equipes e serviços de saúde, com intuito de otimizar

o compartilhamento de informações e a corresponsabilização no processo de acompanhamento dos usuários¹³⁻¹⁵, visto que parcela significativa dos entrevistados referiram utilizar os serviços de APS e pronto atendimento.

Cabe ressaltar que a atenção as PVHIV ocorre, predominantemente, na atenção secundária pela facilidade de acesso ao serviço especializado em HIV/aids, ao estigma relacionado à epidemia, pela percepção dos usuários quanto a resolutividades desses serviços para as suas demandas de atenção à saúde e pelo sistema ineficiente de transferência dos usuários entre os serviços ou pontos da RAS^{2, 16}.

No momento da coleta de dados do estudo, o Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis não contava com um sistema de informação de prontuários eletrônicos interligado a rede, por questões referentes à privacidade dos usuários, uma vez que o assunto ainda é alvo de estigma para a sociedade¹⁷.

Considerando a importância dos sistemas logísticos para a efetivação da coordenação do cuidado, em 2020 foi implantado o prontuário eletrônico do paciente no Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis possibilitando o acesso as informações do acompanhamento das PVHIV aos outros pontos da RAS do município, sendo trabalhada com os usuários e reforçada aos profissionais de saúde a importância do sigilo e a responsabilização das informações compartilhadas, cujo objetivo é o compartilhamento do cuidado contínuo e a redução da discriminação e estigma.

O prontuário como uma ferramenta digital possibilita a clareza dos registros, armazenamento e processamento das informações do paciente, além de permitir o cruzamento de dados e a consistência dos dados¹⁸.

Nessa lógica, a implantação do prontuário eletrônico no Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis pode contribuir para melhoria de indicadores avaliados neste estudo como regular, no que se refere ao fluxo de informações escritas referentes aos atendimentos nos diferentes pontos de atenção, tanto da referência quanto da contrarreferência e ao interesse dos profissionais de saúde quanto ao atendimento prestado em outro serviço e o indicador “Entrega dos resultados de exames impressos” considerado insatisfatório, uma vez que todas as informações estarão (deverão estar) registradas em prontuário, de forma informatizada, não sendo necessário o fluxo de papéis que muitas vezes se perdem no percurso do usuário.

Destaque para uma pequena, porém notória, utilização de serviços privados. Sabe-se que já é um importante desafio a coordenação e integração da assistência prestada no contexto do sistema público e, tal relação com o sistema privado, torna o cuidado às PVHIV ainda mais complexo¹⁹, dado a complexidade assistencial associadas às múltiplas facetas e repercussões biopsicossociais da doença, sendo necessários avanços no que se refere à normatização de fluxos de comunicação entre os sistemas e na elaboração e compartilhamento de um plano de cuidados comum²⁰.

A coordenação da assistência foi avaliada em dois momentos: no próprio serviço e entre profissionais/especialidades/serviços de outros pontos da RAS. Em relação à coordenação da assistência pela equipe do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis encontrou-se resultados satisfatórios quanto aos profissionais questionarem sobre a regularidade da tomada de medicamentos e possíveis efeitos colaterais.

No entanto, foi avaliado como regular e insatisfatórios respectivamente os indicadores quanto aos questionamentos sobre intercorrências relacionadas a doença e sobre as condições de vida dos usuários, resultado semelhante ao encontrado em estudo realizado em Ribeirão Preto. Tal situação evidencia que o enfoque da equipe de referência está centrado nas questões clínicas/biológicas em detrimento das dimensões sociais, culturais e econômicas que englobam as PVHIV.

A comunicação profissional-usuário é vista como um elemento constituinte da circulação, expressão e compreensão das diferentes realidades e contexto que influenciam a saúde²¹ No entanto, atualmente, nas instituições de saúde, ainda predomina o modelo instrumental, bipolar e unidirecional de comunicação como transmissão de informações, tanto nas práticas educativas quanto na comunicação profissional-usuário²².

Dessa forma, a busca da integralidade concebe que “as dimensões biológica e psicológica do processo saúde-doença são consideradas indissociáveis das relações sociais e das práticas institucionais”²². Para tanto, Lopes e colaboradores (2014) propõe a incorporação de estratégias pautadas na elaboração e operacionalização de instrumentos de classificação das pessoas que vivem com HIV/aids, segundo suas vulnerabilidades individuais para sistematização do cuidado, fortalecendo a coordenação da assistência em suas dimensões horizontal e vertical.

Conviver com HIV/aids exige um tratamento medicamentoso contínuo com possibilidade de efeitos colaterais e denota uma ideia de morte ou perda de qualidade de vida. Por isso, é de extrema importância a abordagens das intercorrências ocorridas durante o tratamento a fim de identificar potencialidades para a não adesão ao tratamento, bem como trabalhar a educação em saúde por

meio de uma comunicação dialógica, que considera os usuários como sujeitos de seu projeto terapêutico, participando no planejamento e avaliação de ações.

Com relação aos encaminhamentos das PVIH para outros serviços, encontrou-se neste estudo uma baixa necessidade de encaminhamentos, refletindo a resolutividade do Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis. Entre os participantes do estudo que alguma vez foram encaminhados, relataram que nem sempre é discutido os possíveis locais de atendimento, sendo este indicador avaliado de forma regular. No entanto, cabe enfatizar a limitação da autonomia dos usuários quanto à escolha dos serviços de saúde decorre da lógica regionalizada de disponibilização de serviços de referência pré-estabelecida na rede municipal.

A coordenação do cuidado junto a outros profissionais/especialidades/serviços de atenção à saúde foi avaliado como satisfatória no que se refere a ajuda dos profissionais para o agendamento, ao atendimento propriamente dito e ao recebimento do comprovante de agendamento. Ressalta-se que o recebimento do comprovante de agendamento faz parte da organização dos atendimentos em serviços de saúde públicos municipais ou conveniados, nos quais exigem a apresentação deste comprovante no momento do atendimento.

Apesar das potencialidades deste estudo, reconhece-se como limitações metodológicas possíveis vies de informações pelo fato da análise da coordenação da assistência ter contemplado apenas a percepção das PVIH que estavam em acompanhamento, podendo ser influenciada por fatores pessoais e subjetivos que envolvem a satisfação com o atendimento prestado, não sendo considerado a avaliação da coordenação da assistência por parte de quem executa as ações, os profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu delinear o perfil de uma amostra de indivíduos que viviam com HIV/Aids e estavam em acompanhamento no Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis em São José do Rio Preto. Quanto às características clínicas, houve predomínio de indivíduos assintomáticos, com resposta imunológica adequada e carga viral indetectável, porém, verificou-se a presença de comorbidades crônicas. Tais características e especificidades clínicas, sociais e demográficas permitem refletir sobre a complexidade da assistência a tais indivíduos, de modo a produção do cuidado englobe uma perspectiva interdisciplinar visando o adequado reconhecimento dos problemas e a garantia de uma coordenação em saúde capaz de compatibilizar a assistência prestada com as necessidades e demandas dos usuários, para além da dimensão biologicista do agravo em questão. De modo geral, a coordenação da assistência às PVHIV foi avaliada como regular. As fragilidades encontradas relacionavam-se ao enfoque fragmentado da assistência e falhas na comunicação entre os serviços no que diz respeito ao fornecimento de impressos, guias de referência e contra referência, reforçando, a necessidade do estabelecimento de um trabalho interdisciplinar da utilização dos dados contidos nos sistemas de informação, de modo a assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado.

Apresentou alta satisfação em relação ao atendimento em outros profissionais/especialidades/serviços no que se refere a ajuda dos profissionais para o agendamento, ao atendimento propriamente dito e ao recebimento do comprovante de agendamento. Porém foram considerados regulares os indicadores de discussão dos possíveis locais para atendimento, fato que ocorre devido a um fluxo de referência pré-estabelecido na rede e o recebimento de informações

escritas para serem entregues a outro serviço, fato que pode interferir na continuidade do cuidado prestado, dado que, não há um sistema de informação interligado.

REFERÊNCIAS

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Seizing the moment. Tackling entrenched inequalities to end epidemics, 2020. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
2. Magnabosco GT, Lopes LM, Andrade R LP, Brunello MEF, Monroe AA, Villa TCS. Assistência ao HIV/aids: análise da integração de ações e serviços de saúde. Esc. Anna Nery. 2018; 22(4): e20180015. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0015>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde. Brasília; 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-as-e-gestores>.
4. 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; 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>.
5. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90 goals can prevent 28 million new infections, 2015. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-continuo>.
7. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/aids: Manual Gestão da Rede e dos Serviços de Saúde, CRT – DST/AIDS. São Paulo, SP(BR): Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1008369/diretrizes_para_implementacao_da_rede_de_cuidados_em_ist_hiv_a_Di35PgK.pdf.

8. Mendes, EV. A construção social da atenção primária. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>.
9. Almeida, PF, Santos AM. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas?. Rev. Saúde Pública. 2016; 50: 80. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006602>.
10. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
11. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Protocolo de acompanhamento ambulatorial do paciente com HIV/AIDS. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais; 2009.
12. Leadebal ODCP, Medeiros LB, Nascimento JA, Monroe AA, Nogueira JAI. Classificação de risco clínico em pessoas com aids acompanhadas na atenção especializada. Rev. Bras. Enferm. 2019; 72(5): 1235-1242. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0559>.
13. Chueiri PS, Harzheim E, Takeda SMP. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017; 12(39):1-18. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1363>.
14. Gonzaga CB, Ferreira GN. Redes de Atenção à Saúde: Um Caminho na Garantia da Integralidade da Atenção no SUS. 2017 ;2(1):12-6. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/1270>.
15. Haldane V, Legido-Quigley H, Chuah FLH, Sigfrid L, Murphy G, Ong SE et al. Integrating cardiovascular diseases, hypertension, and diabetes with HIV services: a systematic review. AIDS Care. 2018 Jan;30(1):103-115. doi: 10.1080/09540121.2017.1344350.
16. Melo EA, Maksud I, Agostini R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?. Revista Panamericana de Salud Pública. 2018, v. 42, e151. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>.
17. Varas-Díaz N, Rivera-Segarra E, Neilands TB, Pedrogo Y, Carminelli-Corretjer P, Tollinchi N, Torres E, Soto Del Valle Y, Rivera Díaz M, Ortiz N. HIV/AIDS and intersectional stigmas: Examining stigma related behaviours among medical students during service delivery. Glob Public Health. 2019 Nov;14(11):1598-1611. doi: 10.1080/17441692.2019.1633378.
18. Monteiro EKR, Santos JAM, Santos AAP. Prontuário eletrônico como ferramenta da gestão do cuidado: uma proposta para atualização. Revista de Saúde Dom Alberto, v. 4, n. 1, p. 77-90, 15. 2019.
19. Siapka M, Remme M, Obure CD, Maier CB, Dehne KL, Vassall A. Is there scope for cost savings and efficiency gains in HIV services? A systematic

- review of the evidence from low- and middle-income countries. Bull World Health Organ. 2014;92(7):499-511AD. doi:10.2471/BLT.13.127639.
20. Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RLP, 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. 2014; 30(11): 2283-2297. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00091213>.
21. Cadaxa AG, Sousa MF, Mendonça AVM. Conteúdos promotores de saúde em campanhas de Aids no Facebook dos ministérios da saúde do Brasil e do Peru. Revista Panamericana de Salud Pública. 2015; 38(6), 457–463. <https://scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n6/457-463/#ModalArticles>.
22. Barcelos PEL, Aguiar AC. A comunicação sobre HIV nas práticas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)- Brasil = The communication about HIV in health practices in the Unified Health System (SUS)-Brazil. Revista Española de comunicacion em salud. 2019, 100-111. doi:<http://dx.doi.org/10.20318/recs.2019.44732019>.