



AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO: CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CONDIÇÃO CRÔNICA DE INFECÇÃO PELO HIV

Cristiane Cardoso de Paula*
Raquel Einloft Kleinubing**
Marília Alessandra Bick***
Tamiris Ferreira****
Tassiane Ferreira Langendorf*****
Stela Maris de Mello Padoin*****

RESUMO

Objetivo: avaliar se o perfil profissional e o tipo de serviço interferem no escore do atributo da coordenação da Atenção Primária à Saúde dos municípios de residência de crianças e adolescentes vivendo com HIV, vinculados a um serviço especializado no Sul do Brasil. **Método:** estudo transversal, desenvolvido de março a agosto de 2014, em 25 municípios do Rio Grande do Sul, com 527 profissionais. Utilizou-se o *Primary Care Assessment Tool* - Brasil versão Profissionais. Para a análise, foi utilizado o Teste do qui-quadrado de Pearson, de Mann Whitney e Regressão de Poisson. **Resultados:** Escore satisfatório tanto na integração de cuidados (6,96), quanto nos sistemas de informações (8,22). As variáveis associadas ao alto escore foram: formação ($p=0,001$), cargo no serviço ($p=0,003$) e vínculo com o serviço ($p=0,018$). A unidade básica de saúde foi associada ao recebimento de informações do serviço especializado no retorno ($p=0,049$). **Conclusão:** a formação clínica geral, não possuir cargo e ter vínculo estatutário interferem positivamente na qualidade da APS, e o tipo de serviço Estratégia Saúde da Família tem potencial para coordenar a atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV.

Palavras-chave: Atenção primária a saúde. Avaliação de serviços de saúde. HIV. Saúde da criança. Saúde do adolescente.

INTRODUÇÃO

O aumento da sobrevida de crianças e adolescentes que vivem com uma condição crônica como a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) resultou em ampliação das necessidades de cuidados para além das habituais de crescimento e desenvolvimento. Essa população necessita de uma rotina permanente de acompanhamento clínico, laboratorial e de adesão ao tratamento medicamentoso⁽¹⁾.

No Brasil, a atenção à saúde dessa população ocorre, predominantemente, nos serviços especializados. Essa condição de saúde está associada ao estigma relacionado à epidemia, e esses locais são percebidos pelos usuários como suficientes para as suas demandas de atenção à saúde⁽²⁾. A escolha pela fonte regular de atenção se dá pela facilidade de acesso ao serviço especializado em HIV e pelo sistema ineficiente de transferência dos usuários entre

os serviços ou pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁽³⁾. Contudo, o fortalecimento do sistema de saúde perpassa pela coordenação do fluxo dos usuários por meio da responsabilidade compartilhada entre os profissionais. Para que as ações sejam resolutivas, recomenda-se que os serviços especializados atuem conjuntamente com a Atenção Primária à Saúde (APS)⁽⁴⁾.

A integração entre os pontos da RAS pode assegurar melhores indicadores sociais e de saúde. Entretanto, a APS como eixo estruturante do sistema de serviços de saúde aponta necessidade de superação de dificuldade para implantar uma rede integrada horizontal (dentro de cada serviço) e verticalmente (entre os diferentes pontos), com sistemas de apoio e logística que sustentemos fluxos de comunicação. Isso pode ser alcançado por meio do fortalecimento de um dos principais eixos estruturantes da APS, a coordenação entre os serviços e, sobretudo, entre as pessoas que compõem o sistema de saúde⁽⁵⁾. Desse

*Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cristiane.paula@ufsm.br. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4122-5161>

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: raquel_e_k@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7448-4699>

***Nutricionista. Doutoranda em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: mariliabick@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8744-7790>

****Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: tamiris26@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2090-2314>

*****Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: tassiang@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5902-7449>

*****Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3272-054X>

modo, perpassa a necessidade de os profissionais cumprirem um perfil de formação e de atuação para atender à necessidade de continuidade de atenção à saúde dos indivíduos.

O atributo coordenação pressupõe a integração entre os serviços que se concretiza pela continuidade da atenção pelo mesmo profissional, que deverá reconhecer os problemas abordados em consultas anteriores e/ou encaminhamentos. Seus componentes são: Integração de Cuidados, que visa garantir a identificação das necessidades da população e serviços a serem ofertados, possibilitando uma atenção à saúde adequada; e Sistemas de Informações, que requer vínculos mais formais entre os níveis de atenção e melhores linhas de comunicação, como prontuários eletrônicos com fluxo e padronização de informações, proporcionando a transferência rápida e precisa de informações entre os pontos da RAS⁽⁶⁾.

Por meio de seus componentes, esse atributo propõe à APS o papel estratégico de gerenciamento e de (re)organização do sistema de saúde a partir do conhecimento das necessidades dos usuários e da integração entre os diferentes pontos de atenção. A presença e extensão desse atributo pode indicar o quanto estão sendo satisfeitas as necessidades de saúde dos usuários. Para tanto, a avaliação dos serviços pode contribuir para a qualidade da atenção⁽⁶⁾.

Permanecem, ainda, desafios para que a recuperação e a manutenção da saúde da população de crianças e adolescentes vivendo com HIV sejam feitas continuamente, por meio de profissionais capacitados para o efetivo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dessa população, incluindo as demandas oriundas da infecção pelo HIV. Ainda, é esperado que esses profissionais considerem a coordenação da atenção à saúde entre os tipos de serviços e que reconheçam os problemas abordados nos pontos acessados no sistema de saúde, de maneira integrada. Almeja-se que a APS represente o ponto preferencial de acesso, (re)orientando e qualificando a atenção à saúde.

Desse modo, a questão norteadora foi: O perfil profissional e o tipo de serviço interferem no escore do atributo coordenação da APS quando a população possui especificidades como a infecção pelo HIV? Justifica-se a necessidade de avaliar a APS tendo em vista que a produção científica indica que boa parte dos serviços nacionais apresenta desempenho que ainda precisa ser aperfeiçoado, o que implica na

necessidade de estudos de avaliação da APS⁽⁷⁾. Tem-se como objetivo avaliar se o perfil profissional e o tipo de serviço interferem no escore do atributo coordenação da APS dos municípios de residência de crianças e adolescentes vivendo com HIV, vinculados a um serviço especializado no Sul do Brasil.

MÉTODO

Estudo transversal, em que os participantes foram profissionais da saúde atuantes nos serviços de APS de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 25 municípios do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Estes consistem nos municípios de residência de aproximadamente 39 crianças e 39 adolescentes vivendo com HIV e que utilizavam o ambulatório de doenças infecciosas pediátricas do Hospital Universitário de Santa Maria, no RS, para acompanhamento permanente de saúde em 2013. Durante o período de realização do estudo, a distribuição dos tipos de serviço era heterogênea, considerando que existiam 60 UBS e 108 unidades da ESF nos municípios acessados.

Os critérios de inclusão foram: clínico geral, ginecologista, pediatra, enfermeiro e odontólogo que atuassem nos serviços elencados, excluindo os profissionais em férias ou em afastamento no período. A população elegível foi composta de 554 profissionais (totalidade dos profissionais dos 25 municípios), sendo que houveram 27 perdas (4,9%), pois 12 se recusaram a participar e 15 não foram encontrados nos serviços durante as três tentativas, assim, foram 527 profissionais participantes. Foi acessada a população total dos referidos municípios, sem cálculo amostral. A coleta de dados ocorreu de março a agosto de 2014.

Para o desenvolvimento da etapa de coleta, foi realizado contato telefônico com as Secretarias de Saúde dos municípios, bem como com os serviços (ESF e UBS), para prever o deslocamento dos coletadores até os locais e a logística de funcionamento dos serviços para a condução das entrevistas, que ocorreram nos serviços de saúde durante o turno de trabalho, em espaço reservado, a fim de garantir a privacidade dos participantes. Nove coletadores (quatro mestrandas e cinco bolsistas de iniciação científica) foram capacitados para essa etapa, que era avaliada semanalmente (facilidades e dificuldades) no grupo de pesquisa.

Foram utilizados um instrumento para a descrição

do perfil profissional e o instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil), versão profissionais⁽⁸⁾. Orientou-se que esse instrumento fosse respondido mantendo o foco na atenção à saúde de crianças e/ou adolescentes com HIV.

O formulário de perfil foi elaborado a partir da experiência prévia do grupo de pesquisa em projetos matriciais concluídos, o qual foi submetido a pré-teste para adequação de linguagem e ordenação. O formulário foi composto por variáveis sociodemográficas (idade, sexo e situação conjugal); de formação (formação, tempo de formado, pós-graduação, conclusão da pós-graduação, formação complementar); e de situação ocupacional dos profissionais (unidade de trabalho, vínculo, tempo de serviço, cargo no serviço, outro emprego).

Na versão profissionais do PCATool-Brasil, o atributo coordenação foi avaliado por meio de escala Likert, e as respostas para os itens foram “com certeza sim” (valor = 4), “provavelmente sim” (valor = 3), “provavelmente não” (valor = 2), “com certeza não” (valor = 1) e “não sei/não lembro” (valor = 0). Para fins de análise, as respostas marcadas com “não sei/não lembro” foram consideradas “provavelmente não”⁽⁸⁾. Os escores dos componentes deste atributo foram obtidos separadamente. O escore para o componente Sistemas de Informações (respondido por 527 profissionais) avaliou a estrutura desse atributo, enquanto que o escore para o componente Integração de Cuidados (respondido por 524 profissionais) considerou o processo da atenção (detalhamento na tabela 4).

Quanto à construção do banco de dados, foi feita dupla digitação independente para garantir a exatidão e a verificação de erros e inconsistências. Foi

calculado o escore dos componentes do atributo coordenação e procedida a análise descritiva, de acordo com o manual do instrumento. Os resultados foram dicotomizados em alto escore ($\geq 6,6$) e baixo escore ($< 6,6$).

A normalidade das variáveis foi avaliada pelo Teste Kolmogorov-Smirnov. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa. As variáveis contínuas foram apresentadas em média, desvio padrão quando apresentaram distribuição simétrica, e em mediana e intervalo interquartil quando assimétricas. O Teste Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado para comparar as proporções entre os escores (alto e baixo) dos componentes do atributo coordenação e os perfis sociodemográfico, de formação e de situação ocupacional, segundo o tipo de serviço (ESF e UBS). Foi considerado o nível de significância de 5% para as análises estatísticas. A verificação das variáveis associadas ao alto escore foi feita por meio da Regressão de Poisson com variância robusta, estimando-se as razões de prevalência (RP) e seus intervalos de confiança (IC 95%). As variáveis independentes associadas ao alto escore com p-valor $< 0,05$ foram incluídas na análise bruta e ajustada. O projeto foi aprovado pelo CEP/UFSM, sob parecer nº183.572/2013.

RESULTADOS

Na experiência dos profissionais da APS, o atributo coordenação foi avaliado de maneira satisfatória, uma vez que apresentou alto escore, tanto para o componente Integração de Cuidados (6,96) quanto para o componente Sistemas de Informações (8,22) (Tabela 1).

Tabela 1. Média do escore dos componentes Integração de cuidados (N=527) e Sistemas de informações (N=524) do atributo Coordenação da APS, na experiência dos profissionais de saúde de 25 municípios do Rio Grande do Sul/Brasil, 2014

	Variáveis	Média (DP)	Mínimo-Máximo	Alfa Cronbach
Componentes do atributo coordenação	Integração de cuidados	6,96 (1,51)	1,67-10	0,511
	Sistemas de informações	8,22 (1,70)	0-10	0,586

DP = Desvio Padrão

Na análise, os escores alto e baixo dos dois componentes Integração de Cuidados e Sistemas de Informações foram correlacionados com as variáveis de perfil profissional. Quanto ao componente Integração de Cuidados, a análise da associação revelou a diferença significativa para o alto escore nas

variáveis: formação ($p=0,001$) e vínculo com o serviço ($p=0,018$). Com relação ao componente Sistemas de Informações, as variáveis “vínculo com o serviço” ($0,008$) e “cargo no serviço” ($0,003$) associaram-se ao alto escore (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil de formação e vínculo com o serviço, de acordo com a avaliação de alto e baixo escore dos componentes Integração de cuidados (N=527) e Sistemas de informações (N=524) do atributo Coordenação da atenção, de 25 municípios do Rio Grande do Sul/Brasil, 2014

Variáveis		Categorias	Integração de Cuidados (N=527)			Sistemas de Informações (N=524)		p*
			Alto escore (≥6,6) n (%)	Baixo escore (<6,6) n (%)	p*	Alto escore (≥6,6) n (%)	Baixo escore (<6,6) n (%)	
Formação	Formação	Clínico Geral	129 (36,86)	45 (25,42)	0,001	156 (33,40)	18 (31,58)	0,328
		Ginecologista	28 (8,00)	10 (5,65)		36 (7,41)	2 (3,51)	
		Pediatra	24 (6,86)	9 (5,08)		29 (6,21)	3 (5,26)	
		Enfermeiro	90 (25,71)	77 (43,50)		151 (32,33)	16 (28,07)	
		Odontólogo	79 (22,57)	36 (20,34)		95 (20,34)	18 (31,58)	
	Tempo formado (n=526)	≤15 anos	174 (49,86)	100 (56,50)	0,149	247 (52,89)	27 (48,21)	0,507
		>15 anos	175 (50,14)	77 (43,50)		220 (47,11)	29 (51,79)	
	PG	Não possui	90 (25,71)	48 (27,12)	0,285	119 (25,48)	18 (31,58)	0,305
		Residência	77 (22,00)	27 (15,25)		97 (20,77)	6 (10,53)	
		Especialização	172 (49,14)	94 (53,11)		234 (50,11)	31 (54,39)	
Mestrado		11 (3,14)	8 (4,52)	17 (3,64)		2 (3,51)		
Conclusão da PG (n=390)	≤6 anos	136 (52,11)	69 (53,49)	0,797	185 (53,01)	20 (51,28)	0,837	
	>6 anos	125 (47,89)	60 (46,51)		164 (46,99)	19 (48,72)		
Formação complementar	Sim	291 (83,14)	154 (87,01)	0,247	399 (85,44)	44 (77,19)	0,104	
	Não	59 (16,86)	23 (12,99)		68 (14,56)	13 (22,81)		
Vínculo	Vínculo serviço (n=526)	Celestista	101 (28,94)	35 (19,77)	0,018	119 (25,54)	16 (28,07)	0,008
		Estatutário	242 (69,34)	134 (75,71)		338 (72,53)	36 (63,16)	
		Terceirizado	6 (1,72)	8 (4,52)		9 (1,93)	5 (8,77)	
	Tempo de serviço (n=526)	≤3anos	172 (49,28)	95 (53,67)	0,341	232 (49,79)	35 (61,40)	0,097
		>3anos	177 (50,72)	82 (46,33)		234 (50,21)	22 (38,60)	
	Cargo no serviço (n=526)	Sim	52 (14,86)	38 (21,59)	0,053	88 (18,88)	2 (3,51)	0,003
		Não	298 (85,14)	138 (78,41)		378 (81,12)	55 (96,49)	
	Qual cargo (n=87)	Responsável Técnico	14 (27,45)	13 (36,11)	0,058	26 (30,59)	1 (50,00)	0,825
		Coordenador	37 (72,55)	20 (55,56)		56 (65,88)	1 (50,00)	
		Responsável ACS	0 (0,00)	3 (8,33)		3 (3,53)	0 (0,00)	
Possuir outro emprego	Sim	189 (54,00)	86 (48,59)	0,240	238 (50,96)	34 (59,65)	0,214	
	Não	161 (46,00)	91 (51,41)		229 (49,04)	23 (40,35)		

*Teste do Qui-quadrado de Pearson; ACS = Agente Comunitário de Saúde

Por outro lado, as variáveis independentes associadas ao alto escore não mantiveram significância estatística na Regressão de Poisson bruta e ajustada (Tabela 3).

Tabela 3. Análise das variáveis independentes associadas ao alto escore na atenção à saúde de crianças e adolescentes com HIV, na experiência dos profissionais de saúde de 25 municípios do Rio Grande do Sul/Brasil, 2014 (N=527)

Variáveis	Alto Escore							
	RPb*	IC95%†		p	RPa‡	IC95%†		p
		Mínimo	Máximo			Mínimo	Máximo	
Formação								
Clínico Geral	0,997	0,894	1,113	0,963	0,994	0,893	1,106	0,912
Enfermeiro	1,036	0,929	1,154	0,527	1,029	0,921	1,149	0,614
Odontólogo	1,015	0,907	1,136	0,797	1,011	0,907	1,127	0,843
Ginecologista	1,045	0,917	1,192	0,507	1,052	0,928	1,193	0,429
Pediatra	Ref				ref			
Vínculo com o serviço								
Estatutário	1,016	0,919	1,123	0,752	1,028	0,864	1,222	0,757
Celetista	1,025	0,926	1,136	0,629	1,062	0,893	1,263	0,494
Terceirizado	Ref				ref			
Cargo no serviço								
Sim	1,012	0,948	1,08	0,729	1,043	0,965	1,128	0,291
Não	Ref				ref			
Qual cargo								
Coordenador	0,979	0,704	1,361	0,889	-	-	-	-
Responsável Técnico	1,022	0,731	1,43	0,898	-	-	-	-
Responsável ACS	Ref				ref			

*RPb – Regressão de Poisson bruta; †IC 95% – Intervalo de confiança de 95%; ‡RPa – Regressão de Poisson ajustada por: Sexo, Formação, Vínculo com o serviço e Cargo no serviço; ref - Valor de referência; ACS – Agente Comunitário de Saúde

A comparação dos itens de cada componente do atributo coordenação, dicotomizados em alto e baixo escore, segundo o tipo de serviço (UBS e ESF), evidenciou que no componente Integração de

Cuidados a questão C5 (se o profissional recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado) associou-se ao alto escore na UBS (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação dos componentes Integração de cuidados (N=527) e Sistemas de informações (N=524), dicotomizado em alto e baixo escore, segundo o tipo de serviço, na experiência dos profissionais de saúde de 25 municípios do Rio Grande do Sul/Brasil, 2014

		Unidade Básica de Saúde			Estratégia Saúde da Família		
		Alto Escore (≥6,6)	Baixo Escore (<6,6)	p*	Alto Escore (≥6,6)	Baixo Escore (<6,6)	p*
		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Integração de cuidados (N=527)		N=270			N=257		
C1- Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	Alto escore	23 (8,52)	16 (5,93)	0,378	25 (9,73)	17 (6,61)	0,215
	Baixo escore	153 (56,67)	78 (28,89)		149 (57,98)	66 (25,68)	
C2- Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	Alto escore	89 (32,96)	59 (21,85)	0,056	84 (32,68)	46 (17,90)	0,284
	Baixo escore	87 (32,22)	35 (12,96)		90 (35,02)	37 (14,40)	
C3- Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	Alto escore	119 (44,07)	67 (24,81)	0,535	98 (38,13)	47 (18,29)	0,963
	Baixo escore	57 (21,11)	27 (10,00)		76 (29,57)	36 (14,01)	
C4- Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	Alto escore	145 (53,70)	80 (29,63)	0,567	132 (51,36)	63 (24,51)	0,994
	Baixo escore	31 (11,48)	14 (5,19)		42 (16,34)	20 (7,78)	
C5- Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	Alto escore	23 (8,52)	21 (7,78)	0,049	15 (5,84)	8 (3,11)	0,789
	Baixo escore	153 (56,67)	73 (27,04)		159 (61,87)	75 (29,18)	
C6- Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	Alto escore	93 (34,44)	57 (21,11)	0,219	79 (30,74)	42 (16,34)	0,434
	Baixo escore	83 (30,74)	37 (13,70)		95 (36,96)	41 (15,95)	
Escore		176 (65,19)	94 (34,81)	<.0001	174 (67,70)	83 (32,30)	<.0001
Sistemas de informações (N=524)		N=270			N=254		
D1- Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)? (N=521)	Alto escore	133 (49,44)	17 (6,32)	0,912	112 (44,44)	12 (4,76)	0,898
	Baixo escore	105 (39,03)	14 (5,20)		115 (45,63)	13 (5,16)	
D2- Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem? (N=520)	Alto escore	158 (58,74)	24 (8,92)	0,216	138 (54,98)	14 (5,58)	0,623
	Baixo escore	80 (29,74)	7 (2,60)		88 (35,06)	11 (4,38)	
D3- Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	Alto escore	186 (68,89)	26 (9,63)	0,440	199 (78,35)	26 (10,24)	0,052
	Baixo escore	53 (19,63)	5 (1,85)		29 (11,42)	0 (0,00)	
Escore		239 (88,52)	31 (11,48)	<0,001	228 (89,76)	26 (10,24)	<0,001

*Teste do Qui-quadrado de Pearson

DISCUSSÃO

A avaliação satisfatória do atributo coordenação indica o potencial da APS para desempenhar o papel de coordenar a atenção à saúde de crianças e de adolescentes que vivem com HIV. Esse resultado é convergente com as evidências de que a RAS coordenada pela APS contribui para a qualidade clínica e satisfação dos usuários, tanto pela melhoria do acesso quanto pela atenção resolutive⁽⁹⁾.

A atenção integral e resolutive à saúde das crianças e adolescentes baseia-se no adequado funcionamento local da APS. No entanto, há um reduzido percentual de atendimento às crianças com condições crônicas na APS⁽⁹⁾. Da mesma maneira, os adolescentes carecem de atenção específica ao desenvolvimento puberal. Os serviços de saúde atendem os adolescentes ora junto às crianças, ora junto aos adultos, o que descaracteriza as necessidades e subjetividades que são específicas dessa fase. Assim, a dificuldade estrutural e de organização dos serviços de saúde, muitas vezes, determina o abandono do tratamento e acompanhamento de saúde durante o período de transição para a idade adulta⁽¹⁰⁾. Entendemos que isso ocorre, principalmente, porque o atendimento às necessidades dessa população acontece, majoritariamente, no serviço especializado.

Isto acontece nesses serviços também porque há desarticulação dos pontos da rede de atenção, o que leva os familiares das crianças e adolescentes infectados pelo HIV a buscarem por atendimento especializado em infectologia, sendo este o ponto preferencial de acesso dessas famílias. Acreditamos que prover uma melhor comunicação entre os serviços com diferentes densidades tecnológicas possibilita o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e puberal dessa a população na sua comunidade. Para isso, devem ser feitos os encaminhamentos ao atendimento especializado quando necessário, prevenindo viés de acesso na rede e diminuindo a superlotação e atendimentos tardios.

O alto score obtido nos componentes de integração de cuidados e no de sistemas de informações converge com outros estudos desenvolvidos com profissionais, mesmo que não específicos da atenção à saúde infantil. Esses estudos evidenciaram que, quando avaliados separadamente, ambos os componentes do atributo coordenação se mantiveram satisfatórios, entretanto os sistemas de informação obtiveram valores mais altos quando

comparados à integração de cuidados⁽¹¹⁻¹³⁾. Isso pode ser atribuído aos esforços para a regionalização dos serviços de saúde, os quais têm promovido a organização de investimentos, contratos e convênios para auxiliar na superação das fragilidades na atenção à saúde, ampliando o atendimento às necessidades dos usuários^(13,14).

Reconhecemos que os avanços, expressos pela avaliação satisfatória do componente Sistemas de Informação, indicam registros mais completos nos prontuários e a implantação de registros eletrônicos. Entretanto, no estudo em tela, o resultado no componente Integração, com escore de 6,96, indica a necessidade de investimento para promover uma melhor comunicação entre os pontos tendo em vista a continuidade do cuidado. Isso poderá ser efetivado pelo estabelecimento de dispositivos como o de linhas de cuidados e o de fluxos na RAS, para que se alcance a qualidade da atenção.

Diante da avaliação da qualidade, percebe-se a persistência das dificuldades enfrentadas no encaminhamento e comunicação entre os serviços primários e especializados. Isso se reflete na avaliação de familiares de crianças, que avaliam a coordenação com baixo escore^(9,15), mesmo que ainda se mantenha o escore maior de sistemas de informação quando comparado à integração de cuidados⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Essa situação reitera a necessidade de o usuário possuir um documento consigo ao acessar o serviço de saúde, e também da presença e disponibilidade do seu prontuário, de modo eletrônico ou não. Isso possibilitaria que os usuários recebessem um cuidado continuado em qualquer ponto de atenção, independente da densidade tecnológica.

Nesse estudo, os escores alto e baixo dos dois componentes Integração de Cuidados e Sistemas de Informações foram correlacionados com as variáveis de perfil profissional e o vínculo com o serviço, e ser estatutário esteve associado ao alto escore em ambos componentes do atributo coordenação. Na APS, a contratação de recursos humanos por concursos públicos pode qualificar o trabalho, tendo em vista que a alta rotatividade dos profissionais compromete o vínculo, a continuidade das ações e acarreta sobrecarga aos profissionais, devido à exigência de adaptações e treinamentos. A rotatividade envolve custos, riscos de acidentes e descontinuidade da atenção, prejudicando a qualidade do serviço⁽¹⁷⁾. Compreendemos que os vínculos trabalhistas mais estáveis, proporcionados pela modalidade estatutária de contratação, pode ter contribuído para a avaliação

positiva do atributo nos serviços de APS estudados.

A associação com o perfil profissional evidenciou que, quanto à formação dos profissionais, os clínicos gerais avaliaram satisfatoriamente o componente Integração de Cuidados. Entretanto, evidências apontam que a qualificação dos profissionais para a APS pode auxiliar no diagnóstico e nas condutas terapêuticas específicas, reduzindo o número de encaminhamentos aos serviços de média complexidade^(18,19). Acreditamos que, possivelmente, a ausência de especialização pode ter contribuído para a avaliação pouco crítica da qualidade dos serviços de saúde e da integração entre os mesmos.

A ausência de cargo no serviço foi associada à melhor avaliação dos sistemas de informações. Outro estudo que também comparou diferentes tipos de serviços na experiência de profissionais no RS, porém na capital, não encontrou essa significância estatística⁽²⁰⁾. Inferimos que não possuir cargo contribui para qualificar a transferência rápida e precisa de informações entre os pontos da RAS, visto que, quando possui cargo, o profissional acumula funções.

Quanto aos componentes dos atributos Integração de Cuidados e Sistemas de Informações, dicotomizados em alto e baixo escore segundo o tipo de serviço (UBS e ESF), a UBS foi associada ao recebimento de informações do serviço especializado no retorno. O estabelecimento dessa relação entre profissional e usuário pode auxiliar na melhor avaliação da coordenação, principalmente, se os profissionais de diferentes serviços também estabelecem essa comunicação, facilitando o fluxo dos usuários⁽¹⁴⁾. O matriciamento, que visa promover a interlocução entre os serviços de saúde, pode organizar o processo de trabalho e melhorar a resolutividade das ações na APS⁽²¹⁾. Inferimos que, dessa maneira, os profissionais se responsabilizarão pela coordenação do cuidado das crianças e adolescentes vivendo com HIV.

A presença de comorbidades associadas à infecção pelo HIV e a outros tratamentos, além dos antirretrovirais, potencializa a necessidade de integração entre equipes e serviços. O compartilhamento de informações a respeito do estado clínico e psicológico dos usuários com HIV deve suscitar a corresponsabilização no acompanhamento de saúde⁽²²⁾. Reconhecemos que o atendimento às condições crônicas ainda possui entraves para sua consolidação, sendo que o acolhimento, o suporte de especialistas e o apoio

matricial podem contribuir para responder às necessidades da população adstrita.

Os profissionais participantes desse estudo, que desenvolviam suas atividades na ESF, avaliaram o componente Integração de Cuidados com melhor qualidade do que aqueles que atuavam na UBS. Isso sugere que, nos municípios de procedência das crianças e adolescentes com HIV, a ESF tem se mostrado eficiente como centro coordenador da atenção, contribuindo para a reformulação do cenário atual de saúde. Esse achado diverge de outro estudo que avaliou a experiência dos usuários. Para eles, a ESF não constituía uma porta de entrada abrangente para o sistema de saúde, embora fosse reconhecida como coordenadora dos demais pontos de atenção, demonstrando uma necessidade de maior investimento no sistema de transferência dos usuários⁽²³⁾.

Por outro lado, o componente Sistemas de Informações foi melhor avaliado pelos profissionais atuantes nos serviços de UBS dos municípios acessados para esta pesquisa. Outro estudo que comparou os tipos de serviço, também na experiência de profissionais, sem focar na especificidade de condição crônica em crianças e adolescentes, não encontrou essa diferença⁽²⁰⁾. Apontamos que é necessária a realização de avaliações sistemáticas das ações em saúde. Muitas vezes, os sistemas de informações existem somente para registrar as ações realizadas, sem que sejam utilizados como uma oportuna ferramenta de avaliação da intervenção, que pode possibilitar a melhoria da atenção.

Como limitações do estudo, tem-se que o instrumento utilizado não abrange as especificidades da população com HIV, pois não se trata de um instrumento específico. A lacuna de estudos nacionais de avaliação da qualidade da APS com foco no HIV aponta para relevância de avaliações similares.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos evidenciaram que o perfil profissional de formação clínico geral, não possuir cargo e ter vínculo estatutário interferem positivamente na qualidade do serviço. Além disso, o tipo de serviço ESF tem potencial para coordenar a atenção à saúde às crianças e adolescentes vivendo com HIV, uma vez que o escore satisfatório do atributo coordenação da APS dos municípios de residência de crianças e adolescentes vivendo

com HIV obteve significância estatística com essas variáveis.

Indicamos para qualificação das políticas de atenção para crianças e adolescentes vivendo com HIV a necessidade de manutenção do vínculo do profissional com o serviço, pois a menor rotatividade de profissionais pode qualificar a APS como coordenadora da atenção. Ademais, deve-se evitar o acúmulo de função no serviço, visto que não possuir cargo contribui para qualificar a transferência rápida e precisa de informações entre os pontos da RAS.

Outro resultado foi que, na percepção dos profissionais de saúde, a avaliação do atributo coordenação foi satisfatória para a APS nos municípios de procedência de crianças e adolescentes vivendo com HIV. Esse cenário demonstra o potencial da APS para reconhecer os problemas de

saúde abordados em outros serviços, integrar os pontos da RAS e manter a continuidade da atenção, tanto nas demandas oriundas da condição crônica de infecção pelo HIV, quanto do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes.

O componente Sistemas de Informações foi melhor avaliado quando comparado à Integração de Cuidados, o que indica o reconhecimento dos profissionais do uso de prontuários eletrônicos para a transferência de informações entre os pontos da RAS. Indica-se, para a Enfermagem, a possibilidade de ocupar o espaço de coordenação do cuidado, bem como a necessidade de aprimoramento para a identificação das necessidades de saúde dessa população e dos serviços a serem ofertados, com vistas a uma atenção à saúde resolutiva.

EVALUATION OF COORDINATION OF CARE: CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CHRONIC CONDITION OF HIV INFECTION

ABSTRACT

Objective: to evaluate whether the professional profile and the type of service interfere in the score of the attribute of coordination of the Primary Health Care in the cities of residence of children and adolescents living with HIV, linked to a specialized service in southern Brazil. **Method:** cross-sectional study, conducted from March to August 2014, in 25 municipalities of Rio Grande do Sul, with 527 professionals. The Primary Care Assessment Tool – Brazil, professional version, was employed. For the analysis, the Pearson's chi-square test, the Mann Whitney test and Poisson regression were used. **Results:** Satisfactory score both in the integration of care (6.96) and in the information systems (8.22). The variables associated with the high score were: education ($p=0.001$), job position ($p=0.003$) and link to the service ($p=0.018$). The basic health unit was associated with receiving information from the specialized service in the return ($p=0.049$). **Conclusion:** general practice, not having a position and having a statutory link positively interfere in the quality of the PHC, and the Family Health Strategy type of service has the potential to coordinate health care for children and adolescents living with HIV.

Keywords: Primary health care. Health services research. HIV. Child health. Adolescent health.

EVALUACIÓN DE LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN: NIÑOS Y ADOLESCENTES CON CONDICIÓN CRÓNICA DE INFECCIÓN POR VIH

RESUMEN

Objetivo: evaluar si el perfil profesional y el tipo de servicio interfieren en el score del atributo de la coordinación de la Atención Primaria de Salud (APS) de los municipios de residencia de niños y adolescentes viviendo con VIH, vinculados a un servicio especializado en el Sur de Brasil. **Método:** estudio transversal, desarrollado, de marzo a agosto de 2014, en 25 municipios de Río Grande do Sul-Brasil, con 527 profesionales. Se utilizó el *Primary Care Assessment Tool*-Brasil versión Profesionales. Para el análisis, fue utilizada la Prueba de chi cuadrado de Pearson, de Mann Whitney y Regresión de Poisson. **Resultados:** Score satisfactorio tanto en la integración de cuidados (6,96), como en los sistemas de informaciones (8,22). Las variables asociadas al alto score fueron: formación ($p=0,001$), cargo en el servicio ($p=0,003$) y vínculo con el servicio ($p=0,018$). La unidad básica de salud fue asociada al recibimiento de informaciones del servicio especializado en el regreso ($p=0,049$). **Conclusión:** la formación clínico general, no posee cargo y tener vínculo estatutario interfieren positivamente en la calidad de la APS y el tipo de servicio Estrategia Salud de la Familia tienen potencial para coordinar la atención a la salud de los niños y adolescentes viviendo con VIH.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Investigación sobre servicios de salud. VIH. Salud del niño. Salud del adolescente.

REFERÊNCIAS

1. Sohn AH. Taking a critical look at the UNAIDS global estimates on paediatric and adolescent HIV survival and death. *J. Int. AIDS Soc.* 2017;20(1): 21952. doi: <https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21952>
2. Melo EA, Maksud I, Agostini R. HIV/Aids management at the

primary care level in Brazil: a challenge for the Unified Health System? *Pan Am. J. Public Health.* 2018; 42: e151. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.15>

3. Magnabosco GT, Lopes LM, Andrade RLP, Brunello MEF, Monroe AA, Villa TCS. HIV/AIDS care: analysis of actions and health services integration. *Esc. Anna Nery.* 2018; 22(4): e20180015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0015>

4. 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. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(2): 543-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.06102015>
5. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(2): 343-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura [Internet]. 2002 [citado em 2019 dez]; Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
7. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6): 1881-1893. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>
8. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.* 2013; 8(29): 244-55. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)821](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)821)
9. Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(7): 2033-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.17322013>
10. Yi S, Ngin C, Pal K, Khol V, Tuot S, Sau S, et al. Transition into adult care: factors associated with level of preparedness among adolescents living with HIV in Cambodia. *AIDS Res. Ther.* 2017; 14(13):1-15. doi: <https://doi.org/10.1186/s12981-017-0159-6>
11. Batista VCL, Ribeiro LCC, Ribeiro CDAL, Paula FA, Araújo A. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. *SANARE* [Internet]. 2016 [citado em 2019 dez]; 15(2): 87-93. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1042/588>
12. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.* 2016; 11(38): 1-13. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252)
13. Silva SA, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracoli LA. Evaluation of primary health care: health professionals' perspective. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2014; 48 (Esp): 122-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600018>
14. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde debate.* 2014;8(Esp): 279-95. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S021>
15. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(5): 1399-1408. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>
16. Pinto LF, Harzheim E, Hauser L, D'Avila OP, Gonçalves MR, Travassos P, et al. Primary Health Care quality in Rocinha – Rio de Janeiro, Brazil, from the perspective of children caregivers and adult users. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(3): 771-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33132016>
17. Garcia ACP, Andrade MAC, Zandonade E, Prado TN, Freitas PSS, Cola JP, et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des) velandocênários. *Saúde debate.* 2014; 38(spe): 221-36. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S017>
18. Ferrer MLP, Silva AS, Silva JRK, Padula RS. Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. *Fisioter. Pesqui.* 2015;22(3): 223-230. doi: <https://doi.org/10.590/1809-2950/13038422032015>
19. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Barbosa DA. Quality of nurses in family health and quality of care from the perspective of users. *Ciênc. Cuid. Saúde.* 2015, 14(3): 1251-8. doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i3.22934>
20. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(9): 1772-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>
21. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2017;22(4): 1141-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>
22. 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): 2283-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00091213>

Endereço para correspondência: Cristiane Cardoso de Paula. Avenida Roraima, nº 1000, Campus da UFSM, prédio 26, sala 1336, bairro Camobi, CEP: 97105-900. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Telefone: (55) 3220-8938 E-mail: cristiane.paula@ufsm.br

Data de recebimento: 18/09/2019

Data de aprovação: 10/02/2020

Apoio Financeiro:

Programa de Pesquisa para o SUS e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (PPSUS/FAPERGS-2013-2014): Número do Processo: 1217-2551/13-0; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Ed. Universal (2013-2016): Número do Processo: 482554/2013-4; Produtividade em Pesquisa - PQ2014. Número do Processo: 307350/2014-2.