

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LIVIA MARIA LOPES

**Coordenação das ações e serviços de saúde na assistência prestada às
pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto – SP**

Ribeirão Preto

2012

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**Coordenação das ações e serviços de saúde na assistência prestada às
pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto – SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e Políticas de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe

Ribeirão Preto

2012

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Lopes, Livia Maria

Coordenação das ações e serviços de saúde na assistência prestada às pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto – SP

Ribeirão Preto, 2012.

107 p. : il. ; 30cm.

Dissertação de Mestrado, apresenta à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Orientadora: Monroe, Aline Aparecida.

1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 2. Serviços de Saúde. 3. Integração de sistemas. 4. Avaliação de Desempenho.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Livia Maria Lopes

Coordenação das ações e serviços de saúde na assistência prestada às pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto – SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Dedicatória

A todos os usuários dos ambulatórios de referência em DST/aids, que por meio do adoecimento nos fez refletir sobre a qualidade e complexidade da assistência prestada a essa população.

Aos meus amados e queridos pais, pelo intenso incentivo, confiança e força para que eu conseguísse superar os desafios e limitações, proporcionando-me crescimento e amadurecimento

Agradecimentos especiais

À **Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe**, por ter me recebido e acolhido de forma tão agradável no seu meio de trabalho, proporcionando-me momentos de intenso aprendizado e companheirismo. Obrigada por dividir de forma tão generosa todo esse conhecimento científico e humano. Sinto que, muito do que sou hoje, aprendi com você, minha querida professora; tenho muito orgulho disso e quero vivenciar muito mais. Obrigada ainda pelos momentos de confiança, amizade e respeito. Você é um presente de Deus em minha vida.

À **Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa**, por me aceitar em seu grupo de pesquisa e compartilhar todo o potencial de sua equipe de trabalho. Por meio desta convivência aprendi verdadeiramente o significado do trabalho em equipe. Obrigada pela oportunidade de crescimento que nos oferece, pela dedicação, força e sabedoria que transmite para todos nós.

À **Dra. Rúbia Laine de Paula Andrade**, ser iluminado que tem o dom de clarear os caminhos a serem percorridos por todos do grupo. Muito obrigada por me incentivar a explorar e propor análises desafiadoras neste estudo. Toda sua colaboração e brilhantes considerações fizeram com que tudo não fosse ainda mais trabalhoso. Obrigada ainda pela sua amizade, companheirismo e simplicidade. A cada dia me convenço mais que você é a melhor do mundo mesmo.

Agradecimentos especiais

À **Profa. Dra. Maria Amélia Zanon Ponce "Amelinha"**, por acompanhar todos meus passos. O que tive ao seu lado foi muito mais que co-orientações, aprendi a admirar seus valores e postura. Muito obrigada pelos ensinamentos científicos e pessoais. Ser sua "pupila" me enche de orgulho, você e seu jeitinho doce e estabanado fazem muita falta aqui em Ribeirão. Você é um anjinho de cachinhos dourados em nossas vidas.

Ao **Prof. Dr. Antonio Ruffino-Netto**, por nos despertar a sensibilidade perante a pesquisa. O seu olhar científico e humano nos fortalece enquanto homens/mulheres e pesquisadores. Carregarei seus ensinamentos sempre comigo.

À **Fátima**, pela disponibilidade em me atender e pelas oportunidades de crescimento. Vejo-a como uma mãe, como uma brilhante enfermeira, como uma grande coordenadora do Programa Municipal de DST/aids e Hepatites Vírais de Ribeirão Preto. Muito obrigada pelo carinho, atenção e respeito que recebi e recebo. Tu és meu grande exemplo de enfermeira de excelência. Muito obrigada.

Agradecimentos

A **Deus**, pela vida e saúde, obrigada, meu pai, por sempre iluminar a minha caminhada e me ensinar a ter paciência.

À **Mãezinha do Céu**, pela sua ternura e nunca me deixar sozinha nos momentos de maior sofrimento.

À **minha amada Mãe, Neide**, por me constituir. Tu és a minha inspiração de viver, meu maior orgulho, o meu exemplo, sem os seus sacrifícios nada disso seria possível. Muito obrigada por cuidar de mim com todo esse maior amor. Eu te amo!

Ao **meu amado Pai, José Relíquias**, por me ensinar a confiar no amor de Deus. Sem a sua alegria tudo seria ainda mais difícil. Obrigada por sempre me ensinar a ser cada dia melhor. Obrigada por todo sacrifício dedicado a mim. Eu te amo!

Aos **meus queridos irmãos, Mateus e Vinícius**, vocês fazem a minha vida ainda melhor. Obrigada por existirem e sempre me socorrerem nos momentos de maior necessidade. Sinto saudades sempre do tempo de criança, das bagunças e das brincadeiras. Amo vocês!

Ao **Fábio** pelo intenso incentivo e apoio para superar os desafios. Obrigada por me ouvir e tranquilizar. O nosso amor nos fortalece. Obrigada ainda por sempre se fazer presente nos momentos mais marcantes de minha vida.

A **madrinha, Célia** e **padrinho Donizeti**, por participarem da minha criação e do meu crescimento. Vocês sempre se fazem presentes. Muito obrigada pela acolhida em Ribeirão Preto. Vejo em vocês os meus segundos pais.

À **Angélica, minha cunhadinha**, muito obrigada por todas as conversas a respeito da pós-graduação. Obrigada ainda pelas caronas e cuidados a mim dedicados. O seu carinho e amor me fazem muito bem.

Aos meus avós, **Mateus, Rosa e Francisco** *in memoriam* e a **Vó Alvína**, por toda dedicação e apoio durante todo o meu processo de desenvolvimento, a sabedoria de vocês sempre me encantarão. São verdadeiros exemplos que levarei por toda a vida.

Aos amigos do GEOTB "**Amelinha, Anne, Bia, Aline Beraldo, Rúbia, Gabi, Maria Eugénia, Tiemi, Nathalia e Prof. Ricardo**" pela inspiração que sempre me influencia na busca pelo conhecimento. Foi com esse grupo que aprendi o significado de trabalho em equipe e solidariedade, muito obrigada por compartilhar. **Tropa de elite**, agradeço muito a Deus por tê-las como amigas e companheiras de trabalho, posso dizer que cada uma me encanta de um jeito especial, muito obrigada, por todo carinho e dedicação. Ainda trabalharemos muito juntas.

À **querida Paty** pela sua sensibilidade, generosidade e disponibilidade. A sua presença faz nossa vida ser menos complicada. Obrigada por toda atenção e ensinamentos. Ainda vou te atormentar muito.

Ao Grupo que está se constituindo da Profa. Dra. Aline Monroe: **Glaucia, Mayara, Aline Andrade, Erika, Aline Araujo, Luana, Elis e Taís** a convivência com vocês engrandece o nosso ambiente de trabalho. Muito obrigada pela companhia, dedicação e carinho. A nossa parceria já está feita. Continuaremos a trabalhar muito.

À **Dra. Lis e Profa. Dra. Jordana** por compartilharem todo o conhecimento técnico e científico. Vocês foram fundamentais para o aprimoramento deste estudo. À **Profa. Dra. Ione C. Pinto** pela disponibilidade em colaborar nesta etapa final de avaliação do trabalho. Muito obrigada.

À equipe do Programa Municipal de DST/Aíds e Hepatites Vírais e todos os funcionários dos Ambulatórios de Referência por não medir esforços no desafio da construção de uma política de saúde cada vez melhor. Obrigada por todas as contribuições neste estudo. Obrigada ainda por compartilhar o rico conhecimento que vivenciam diariamente.

Aos queridos amigos do Grupo de Estudo Qualitativos em saúde – GEQUALIS “Prof. Dr. Pedro, Laís, Cassiara, Carol, Karen, Rarianne, Elisângela, Altaír e Rafaela” muito obrigada por toda receptividade, oportunidade de crescimento e momentos de alegria.

Às Profas. Sílvia Vendramini, Lourdinha, Marilene e Cláudia Elí por terem despertado em mim o gosto pela saúde pública e pesquisa, possibilitando a minha inserção no GEOTB. Obrigada por todo conhecimento adquirido durante todo o processo de formação profissional.

À Profa. Célia Souza e ao Grupo de Apoio aos Alunos da FAMERP (GRAAF) por despertarem em mim a curiosidade por estudo envolvendo a temática do HIV/aíds.

A todos os professores da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMED, por serem responsáveis pela minha formação de enfermeira.

As amigas Lívia Deliberto, Marcela, Daniela, Priscila Scaff, e as manas, Aline e Marília, a ausência física de vocês me faz muita falta. Obrigada por compartilharem e vivenciarem todo o nosso processo de formação na graduação. Foi com vocês que comecei a aprender a ser gente “grande” e pude vivenciar momentos de intensa alegria. Amo e sinto muito a falta de vocês.

Às grandes amigas, Camila, Maysa, Flávia Machini, Lulu, Mônica, Flávia Muller e Larissa por toda torcida, apoio e orações. Juntas sempre seremos mais fortes.

Às queridas amigas, **Lílian, Juliane, Taís e Talita**, os encontros terapêuticos com vocês foram de profunda importância para a realização deste trabalho. Muito obrigada por todo cuidado, carinho e momentos de alegria.

À querida **Solange** pela amizade e companheirismo. Obrigada por sempre estar disposta a nos dar carona até a USP.

Ao grupo de alunos do **1º ano/2011 (Turma 58)** acompanhados pela Professora Aline, foi com vocês que vivenciei pela primeira vez a colaboração em uma disciplina, obrigada pelo carinho e atenção de todos. São muito especiais, conservem esse espírito de solidariedade e companheirismo entre vocês, pois precisamos de brilhantes enfermeiros com essas qualidades.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP** e ao **Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública**, por tornarem possível a viabilidade deste estudo. Muito obrigada.

A todos os funcionários da **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP** por todo auxílio, colaboração e prontidão para realização deste estudo. A participação de vocês é de extrema importância na conclusão deste trabalho.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES** pelo apoio financeiro à pesquisa.

Às **peças que vivem com HIV/aids**, pela disposição em nos atender e serem os atores principais deste estudo. Muito obrigada pela participação de todos.

QUALQUER MOMENTO...

Qualquer dia
é sempre dia;
qualquer instante
é sempre o momento
oportunidade
ímpar
de viajar profundo
dentro do próprio eu
e no trajeto encontrar
o eu do outro.

Contato, conhecer,
viver, viajar...

E assim juntos viajando
juntos caminhando
oportunidade:
profunda comunicação
e o encontro existencial
se realizar.

Antônio Ruffino Netto
10 out 2008

RESUMO

LOPES, L.M. **Coordenação das ações e serviços de saúde na assistência prestada às pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto – SP.** 2012. 107f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

O estudo objetivou analisar a coordenação das ações e serviços de saúde na assistência prestada às pessoas que vivem com aids. Utilizou-se o conceito teórico de coordenação, tomando como eixo de análise a integração das ações e serviços dentro das equipes de referência e junto a outros profissionais/especialidades/serviços. Trata-se de um estudo exploratório, do tipo inquérito, de abordagem quantitativa. Participaram 301 pessoas que viviam com aids e estavam em acompanhamento nos cinco ambulatórios de referência do município de Ribeirão Preto e que atendiam aos seguintes critérios: maiores de 18 anos, com terapia antirretroviral instituída a mais de 6 meses, residentes no próprio município e não pertencentes ao sistema prisional. Foram realizadas entrevistas, utilizando-se um instrumento específico, contendo questões sobre dados sócio-demográficos, características clínicas dos casos, serviços de saúde utilizados e coordenação da assistência. Os dados foram analisados por meio de distribuição de frequência, construção de indicadores e análise de correspondência múltipla. Identificou-se paridade entre os sexos, envelhecimento da população, baixa escolaridade, predomínio da classe econômica C. A maioria apresentava-se assintomática, boa resposta imunológica, carga viral indetectável e a presença de comorbidades crônicas. A maioria fazia uso exclusivo de serviços públicos, com destaque para o Pronto-Atendimento, seguido da Atenção Básica. Para a *Coordenação da assistência pelas equipes* dos ambulatórios de referência: o enfoque clínico, o uso e o registro de informações foram classificados como *satisfatórios*; e o enfoque nas condições de vida/apoio familiar como *insatisfatórios*. Para a *Coordenação junto a outros profissionais/especialidades/serviços*: auxílio no agendamento de consulta e oferta de comprovante da mesma, fornecimento de guia de referência, obtenção do atendimento foram classificados como *satisfatórios*; discussão sobre alternativas em caso de encaminhamento e a contra referência como *insatisfatórios*. A coordenação, de modo geral, foi classificada como satisfatória, entretanto, identificou-se diferentes desempenhos entre os ambulatórios de referência em HIV/aids, principalmente no que se refere à abordagem das condições sociais e encaminhamentos realizados. As especificidades do perfil sociodemográfico, clínico e de utilização dos serviços e os diferentes desempenhos dos ambulatórios de referência relacionados às distintas composições e lógicas assistenciais permitem refletir sobre a complexidade da coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com aids e, sobretudo, apontam a necessidade de estratégias que favoreçam o desenvolvimento de ações compartilhadas e cooperadas dentro da equipe e entre os diferentes serviços com o intuito de fortalecer a rede local de atenção visando a produção de um cuidado integral, singular e resolutivo.

Palavras-chaves: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Serviços de Saúde. Integração de sistemas. Avaliação de Desempenho.

ABSTRACT

LOPES, L.M. **Coordination of actions and health services for care to people living with AIDS in Ribeirão Preto – SP, 2012.** 107f. Dissertation (Master Degree) - Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

The study aimed to analyze the coordination of actions and health services for care to people living with AIDS. We used the theoretical framework of coordination, using for analysis the integration of activities and services within health teams and with others professionals / specialties/services. An exploratory study, quantitative approach, was conducted, A total of 301 people living with AIDS, in treatment at five reference centers in Ribeirão Preto, were interviewed, considering the following inclusion criteria: over 18 years, in antiretroviral therapy for more than six months, residents in the municipality and not belonging the prison system. Interviews were conducted using a specific instrument, containing questions on socio-demographic and clinical data, as well as health services used and coordination of care. Data were analyzed using frequency distribution, indicators and multiple correspondence analysis. We identified gender parity, aging population, low education, and predominance of economic class C. The majority was asymptomatic, good immune response, undetectable viral load and the presence of chronic co morbidities. Most had exclusive use of public services, particularly the Emergency Services, followed by Primary Care. For the *Coordination of care by the reference centers' teams*, addressing clinical care and information registration/use were rated as satisfactory; approach on social and family support was unsatisfactory. For the *Coordination with other professionals/specialties/services*: assistance in scheduling consultation, providing reference guide, and obtaining care were rated as satisfactory; discussion of alternatives in case of referral and back-reference were unsatisfactory. In overall, the coordination was rated as satisfactory, however, we found differences between reference centers performance, particularly in referrals and in addressing the social conditions. The results enable a reflection on the different compositions of assistance, the complexity of care coordination for people living with AIDS, and especially highlight the need for strategies for the development of shared actions and cooperating within the team and between the different services to strengthen the local network of care and aim a comprehensive, singular and resolute care.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome. Health Services. Integration. Performance Evaluation.

RESUMEN

LOPES, L.M. **Coordinación de las acciones y servicios de salud en la asistencia a las personas que viven con SIDA en Ribeirão Preto - SP. 2012.** 107f p. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

El objetivo del estudio fue analizar la coordinación de las acciones y de los servicios de salud en la asistencia a las personas que viven con el SIDA. Se utilizó el concepto teórico de coordinación, tomando como punto de análisis la integración de actividades y servicios dentro de los equipos y en relación con otros profesionales/especialidades/servicios. Se trata de un estudio exploratorio, enfoque cuantitativo. Participaron 301 personas que viven con el SIDA en seguimiento en los cinco ambulatorios de referencia en Ribeirão Preto y que cumplían los siguientes criterios: mayor de 18 años, con la terapia antirretroviral iniciada hace más de seis meses, contiguos en el municipio y de no añadidos al sistema penitenciario. Las entrevistas se llevaron por medio de un instrumento específico, que contiene preguntas sobre datos sociodemográficos, clínicos, sobre el uso de servicios de salud y la coordinación de la atención. Los datos fueron analizados mediante distribución de frecuencias, la construcción de indicadores y análisis de correspondencias múltipla. Se identificaron paridad de género, envejecimiento de la población, el bajo nivel educativo, el predominio económico de la clase C. La mayoría fue la respuesta asintomático, inmune bueno, indetectable la carga viral y la presencia de co morbididades crónicas. La mayoría tenía uso exclusivo de los servicios públicos, en particular el servicio de urgencias, seguido de la atención primaria. Para la *Coordinación de la atención de los equipos del ambulatorio*: el enfoque clínico, el uso y registro de la información fueron calificados como satisfactorios; el enfoque en apoyo social y a la familia como insatisfactorio. Para la *Coordinación con otros profesionales / especialidades / servicios*: la asistencia en la programación de la consulta, proporcionando guía de referencia y recibiendo la atención fueron calificados como satisfactorios; la discusión de alternativas en caso de referencia y contrarreferencia como insatisfactorio. La coordinación, en general, fue calificada como satisfactoria, pero hay diferencias en el rendimiento entre los ambulatorios de referencia para el VIH/SIDA, en particular en lo que respecta a hacer frente a las cuestiones sociales y las referencias. Los resultados permiten una reflexión sobre las diferentes composiciones y lógicas de la asistencia, la complejidad de la coordinación para la atención de las personas que viven con SIDA, y sobre todo destacar la necesidad de estrategias que favorezcan el desarrollo de acciones de cooperación y compartido dentro del equipo y entre diferentes servicios con el fin de fortalecer la red local de atención dirigido a producir una atención integral, singular y resolutive.

Palabras clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Servicios de Salud. Integración de Sistemas. Evaluación del Desempeño.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Incidência de casos de aids por 100.000 habitantes no município de Ribeirão Preto no período de 1985 a 2011.....	31
Figura 2.	Coordenação da assistência – conceito e desafios.....	38
Figura 3.	Regiões Distritais de Saúde em Ribeirão Preto-SP, 2009.....	42
Figura 4.	Fluxograma de acesso na rede de atenção ao Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, 2011.....	43
Figura 5.	Decrescimento dos valores próprios na determinação do número de dimensões para aplicação da análise de correspondência múltipla – Primeira etapa.....	55
Figura 6.	Decrescimento dos valores próprios na determinação do número de dimensões para aplicação da análise de correspondência múltipla – Segunda etapa.....	55
Figura 7.	Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis de integração de ações e serviços de saúde para a manejo do HIV/aids.....	63
Figura 8.	Plano Fatorial – Primeira etapa.....	64
Figura 9.	Plano Fatorial – Segunda etapa.....	65
Figura 10.	Síntese dos resultados decorrentes da Análise de Correspondência Múltipla.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição de frequência das características sócio-demográficas das pessoas que viviam com aids no município de Ribeirão Preto, 2011.....	60
Tabela 2.	Distribuição de frequência das variáveis sobre o acompanhamento do caso das pessoas que viviam com aids no município de Ribeirão Preto- SP, 2011.....	61
Tabela 3.	Distribuição das pessoas que viviam com aids em Ribeirão Preto segundo a utilização dos serviços de saúde, 2011.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Caracterização dos Ambulatórios de Referência em HIV/aids segundo alguns aspectos do funcionamento, Ribeirão Preto, agosto de 2011.....	45
Quadro 2.	Caracterização das equipes dos Ambulatórios de Referência em HIV/aids segundo a composição dos recursos humanos, Ribeirão Preto, agosto de 2011.....	46
Quadro 3.	Retaguarda assistencial na área de abrangência dos Ambulatórios de Referência em HIV/aids, segundo a distância de serviços especializados gerais e pronto atendimento 24 horas, Ribeirão Preto, agosto, 2011.....	47
Quadro 4.	Descrição das seções e variáveis utilizadas no estudo.....	51
Quadro 5.	Medidas de correlação (Cos2) para as categorias das variáveis que representam os itens do questionário e suas dimensões associadas no plano fatorial. Ribeirão Preto, 2011.....	57

LISTA DE APÊNDICES E ANEXO

Apêndice I	Questionário.....	94
Apêndice II	Carta de solicitação de parecer do questionário.....	99
Apêndice III	Instrumento de apreciação de conteúdo do questionário..	100
Apêndice IV	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	104
Apêndice V	Instrumento - Escala Likert.....	105
Anexo I	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.....	107

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABEP	Associação Brasileira de Pesquisa
ACM	Análise de Correspondência Múltipla
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CTA	Centros de Triagem e Aconselhamento
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose de Ribeirão Preto
GEOHids	Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aids
GRAAF	Grupo de Apoio aos Alunos da FAMERP
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LILACS	Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde
LGBT	Lésbicas gays bissexuais e transgêneros
NGA-59	Ambulatório Regional de Especialidades
ONG	Organizações não governamentais
PA	Pronto Atendimento
PubMed	Public/Medline ou Publisher Medline
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/aids
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica
SINAN	Sistema de informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose

UBDS	Unidades Básicas Distritais de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UETDI	Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/aids
USA	Unidade de Suporte Avanço
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Condições crônicas - se iniciam e evoluem lentamente. Apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, não há padrões regulares ou previsíveis e podem estar associadas a um volume maior de sintomas e à perda de capacidade funcional. É importante considerar que as condições crônicas podem apresentar períodos de agudização e, nesses momentos, devem ser enfrentadas pelo sistema de atenção à saúde, na mesma lógica - episódica e reativa das condições agudas, incluindo o manejo no campo das redes de atenção às urgências e às emergências. O adequado manejo às condições crônicas exige cuidado integral e efetivo, visto que o almeja-se o controle da doença e não a cura (MENDES, 2012).

Condições agudas - geralmente se iniciam repentinamente; apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada; são de curta duração; e respondem bem aos tratamentos específicos, como medicamentoso ou as cirurgias (MENDES, 2012).

Aids - O Dicionário da Língua Portuguesa, de Antonio Houaiss, marca a palavra aids em letras minúsculas, considerando-a, portanto, um substantivo feminino. A Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (CN-DST/AIDS) adotou a forma substantiva com grafia minúscula. A grafia maiúscula, AIDS, é utilizada quando a palavra faz parte de uma sigla. Ex: CN-DST/AIDS. Aids aparece em início de parágrafos ou em títulos onde as outras palavras são marcadas com as iniciais maiúsculas. Neste trabalho, as diferentes formas de escrever a palavra aids seguiram esta orientação (SOUZA, 2008).

Cuidado - a lógica do cuidado prestado deve sempre conter a proposta de uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento, seja ele de natureza bio-psico-social tanto individual como coletivo, ou o alcance de um bem estar comum, resultando em um projeto de co-responsabilidades entre os sujeitos onde as diversas subjetividades sejam de fato consideradas no processo de interação. As dimensões fundamentais do cuidado são: 1. voltar-se à presença do outro, ou seja, atentarmos para o envolvimento dos sujeitos na formulação e

execução das intervenções de saúde; 2. Otimizar a interação, através de da dinâmica da comunicação e “ausculta sensível”, efetivada através do acolhimento e práticas humanizadas; 3. Enriquecer horizontes para um cuidar efetivo, através da superação do modelo biomédico e do jargão sanitário rumo à interdisciplinaridade e intersetorialidade, propiciando um intenso protagonismo comunitário na definição de estratégias e ações de saúde (AYRES, 2004).

Coordenação – dimensão “coordenação”, é definida como alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados (STARFIELD, 2002).

Integralidade – dimensão “elenco de serviços” implica no estabelecimento de “arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessite. Isso inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários” (STARFIELD, 2002).

APS – deve ser capaz de elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, assim como ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes níveis de atenção, por meio de encaminhamentos sempre que necessário, atuando como um centro de comunicação e coordenador do cuidado dos usuários em qualquer ponto de atenção através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. (MENDES, 2009, 2010; 2011).

SUMÁRIO

Apresentação.....	25
1 Delineamento do objeto de estudo.....	27
1.1 HIV/aids: impacto e desafios das políticas de saúde no Brasil para o controle do agravo ..	28
1.2 Epidemiologia do HIV/aids	30
1.3 A organização da assistência às pessoas que vivem com HIV/aids: estado da arte	31
1.4 Justificativa do estudo	33
2 Quadro Teórico	34
3 Objetivos	39
3.1 Objetivo Geral.....	40
3.2 Objetivos Específicos	40
4 Material e Métodos	41
4.1 Delineamento do estudo	42
4.2 Local de estudo	42
4.2.1 <i>Atenção ao HIV/aids no município de Ribeirão Preto</i>	43
4.3 População de estudo.....	48
4.3.1 <i>Cálculo e seleção da amostra do estudo</i>	48
4.4 Coleta de dados	49
4.4.1 <i>Instrumento de coleta de dados</i>	49
4.4.2 <i>Variáveis envolvidas no estudo</i>	50
4.4.3 <i>Procedimentos de coleta dos dados</i>	52
4.5 Análise de dados.....	53
4.6 Aspectos Éticos	58
5 Resultados	59
5.1 Perfil sociodemográfico e clínico das pessoas que vivem com aids	60
5.2 Análise da coordenação da assistência às pessoas que vivem com aids nos ambulatórios de referência que compõem a rede de atenção ao agravo	61
6 Discussão.....	67
7 Limitações do estudo	77
8 Conclusões	79
9 Referências	81
Apêndices.....	94
Anexo.....	107

Apresentação

Meu interesse pela Saúde Pública esteve presente desde a realização do curso de Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) no período de 2007 a 2010, na qual tive a oportunidade de me inserir como aluna de Iniciação Científica no Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB), vinculado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, liderado pela Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa e Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto. Concomitante às atividades acadêmicas e científicas participei ativamente de atividades de extensão junto ao Grupo de Apoio aos Alunos da FAMERP (GRAAF), as quais eram voltadas à educação em saúde relacionadas à prevenção do HIV/aids no meio acadêmico e na população em geral.

Diante disto, interessei-me em dar continuidade ao desenvolvimento de estudos operacionais na área, priorizando a temática do HIV/aids enquanto uma condição crônica e infecciosa no sistema de saúde brasileiro, foco este que está sendo abordado pelo Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aids (GEOH aids), liderado pela Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe. Tal temática resultou na elaboração da presente pesquisa, a qual pretende contribuir com a produção de conhecimentos e a formulação de políticas públicas relacionadas à coordenação da assistência no que se refere às ações e serviços de saúde prestados para a adequada assistência às pessoas que vivem com HIV/aids em Ribeirão Preto. Cabe ressaltar que o presente estudo está inserido no Projeto Regular FAPESP, intitulado: “Assistência às pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto-SP: análise da oferta e integração de ações e serviços de saúde” (Processo nº 2010/17607-7), desenvolvido pelo GEOH aids e pertencente à linha de pesquisa “Práticas, Saberes e Políticas de Saúde” do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (EERP/USP).

1 Delíneamento do objeto de estudo

1.1 HIV/aids: impacto e desafios das políticas de saúde no Brasil para o controle do agravo

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida como aids, mesmo após três décadas de seu surgimento, ainda é considerada um dos mais sérios problemas de saúde pública, posto que a evolução natural da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é caracterizada pela intensa replicação viral que deflagra uma progressiva degradação do sistema imunológico humano, manifestada pelo surgimento de diversas infecções oportunistas, as quais debilitam o infectado, podendo levá-lo à morte (SOUZA, 2008).

A aids destaca-se dentre as enfermidades infecciosas em função da magnitude e extensão dos danos causados às populações e, desde a sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica (BRITO, 2000), tendo a sociedade civil como um importante aliado e elemento disparador de transformações na assistência e controle do agravo.

A epidemia da infecção pelo HIV/aids representa um fenômeno global dinâmico e instável, cuja ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (BRITO, 2000), bem como das dimensões política, de gestão e organização do setor saúde no que se refere ao sistema de vigilância, diagnóstico e tratamento da doença.

No âmbito mundial, o Programa Brasileiro de DST/aids foi eleito, em 2004, como o mais eficiente. Este reconhecimento perpassa a evolução dos medicamentos para o tratamento do HIV/aids e a trajetória das políticas de controle do agravo no país, destacando-se na América Latina o pioneirismo do lançamento do Programa de Controle e Prevenção da Aids no Estado de São Paulo no ano de 1983, bem como a elaboração e aprovação da Lei 9.313/96 que garante, até os dias de hoje, a distribuição gratuita da terapia antirretroviral (TARV) a todos os brasileiros infectados. Em razão de um percurso singular de participação do movimento social nos fóruns de formulação das políticas públicas, o modelo de enfrentamento do governo brasileiro ao HIV/aids norteou-se pelo princípio da integralidade,

promovendo (e custeando) práticas preventivas, principalmente com a oferta indiscriminada de preservativos masculinos (MORAES, 2006).

Tais medidas causaram um considerável impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos acometidos pelo agravo, refletindo no aumento da expectativa de vida das pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA), na redução da ocorrência de doenças oportunistas e na diminuição do número de internações hospitalares (CONTI et. al, 2000). Neste sentido, a aids mudou de identidade ao longo de sua história, passando pela transição de uma doença aguda mortal para uma condição crônica que traz consigo, além de sua dimensão e complexidade biológica, desdobramentos sociais, culturais e psicológicos.

De modo geral, a epidemia da aids vem apresentando novas tendências como interiorização, feminização, heterossexualização, pauperização, juvenização e envelhecimento (SANTOS et. al., 2002; CAMARGO & BERTOLDO, 2006; PINTO et. al., 2007; POTTES et. al., 2007; SOUZA & LEITE, 2008). Tais transformações no panorama epidemiológico impõem desafios às políticas públicas no sentido de transformar o sistema de atenção à saúde essencialmente reativo, fragmentado e episódico, que atende numa lógica de enfrentamento das condições agudas. Desta forma, pensar na assistência às PVHA implica na constituição de um sistema que seja pró-ativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde, superando o mero enfoque do evento mórbido em si (MENDES, 2011; 2012).

Reconhece-se ainda a necessidade da efetiva integração das ações ofertadas tanto dentro do próprio serviço como entre os diferentes pontos de atenção à saúde para a composição de uma efetiva rede de atenção coerente com a adequada assistência às PVHA (BRASIL, 2006). Para tal, faz-se necessária a atribuição de responsabilidades em consonância com a densidade tecnológica e os conhecimentos disponíveis de modo a favorecer a coordenação da assistência e a cooperação entre os diversos profissionais e serviços, uma vez que se parte da premissa de que nenhum ponto de atenção à saúde dispõe da totalidade dos recursos e competências para atender às reais necessidades de saúde uma determinada população (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004; VASCONCELOS, PASCHE, 2006).

Nessa lógica, é preciso superar a compreensão de que cada serviço oferece o tratamento específico para determinada patologia, bem como de que o serviço especializado encerra em si todos os recursos para o suprimento das necessidades

em saúde (PALACIO, FIGUEIREDO, SOUZA, 2012). Assim, pensar no planejamento, organização e integração de uma rede de atenção ao HIV/aids em suas diversas instâncias pressupõe a definição de competências entre os diferentes serviços visando a operacionalização das *atividades técnicas* que envolvem a assistência, além das *atividades gerenciais*, que englobam ações de notificação, utilização dos sistemas de informação, monitoramento dos casos, avaliação epidemiológica e de desempenho do programa, dentre outras.

Ainda no que se refere à problemática do HIV/aids, sua discussão contempla tanto as macropolíticas, uma vez que inclui a área social (geração de emprego/renda, educação, habitação, dentre outros), como as micropolíticas, relacionadas à organização e gestão dos programas para o adequado desempenho dos serviços de saúde bem como para modificar os indicadores epidemiológicos da aids e atingir as metas estabelecidas no cenário internacional para o controle do agravo. Recentes metas pactuadas pela *UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)* preveem o oferecimento do tratamento a 15 milhões de indivíduos com HIV; eliminação das novas infecções entre crianças e redução pela metade da transmissão por via sexual e pelo uso de drogas injetáveis. Almeja-se ainda chegar a zero o número de novas infecções, zero discriminação e zero óbitos por HIV/aids (UNAIDS & WHO, 2012).

1.2 Epidemiologia do HIV/aids

Estima-se que, diariamente, mais de 7.000 pessoas tornam-se infectadas pelo HIV. Em 2011, havia aproximadamente 34,2 milhões de PVHA, das quais cerca de 8 milhões viviam em países de baixa e média renda e recebiam a TARV. Devido à intensificação de tal política, 2,5 milhões de óbitos foram evitados nesses países desde 1995, no entanto, em 2011, ainda foram registrados 1,7 milhões de mortes por causas relacionadas à doença. (UNAIDS & WHO, 2012).

No Brasil, um total de 608.230 casos de aids foram registrados até 2011. Apenas em 2010, foram notificados 34.218 casos novos, configurando uma taxa de incidência de 17,9 por 100.000 habitantes. Ao longo dos últimos 12 anos, observa-se uma estabilização na taxa de incidência da aids no país, no entanto, isto ocorre de forma heterogênea entre as cinco macrorregiões, com diminuição no Sudeste

(mesmo concentrando 57% do total de casos) e aumento nas demais (BRASIL, 2011). Destaca-se ainda que, na região Sudeste, o Estado de São Paulo foi responsável pelo maior volume de casos notificados no período de 1980 a 2011.

O município de Ribeirão Preto acumulou 5.637 casos notificados de aids até o ano de 2011 (RIBEIRÃO PRETO, 2011) e ocupava o 13º lugar no Estado de São Paulo em incidência (ESTADO DE SÃO PAULO, 2011) com 35,6 casos por 100.000 habitantes em 2009 (RIBEIRÃO PRETO, 2011). Vale destacar que o município apresentava um aumento na taxa de incidência em uma velocidade de 10,2 casos de aids por 100.000 habitantes ao ano no período de 1985 a 1997, sendo que, desde então, vem apresentando redução na taxa de incidência em uma velocidade de 6,2 casos de aids por 100.000 habitantes ao ano (RIBEIRÃO PRETO, 2011), conforme Figura 1.

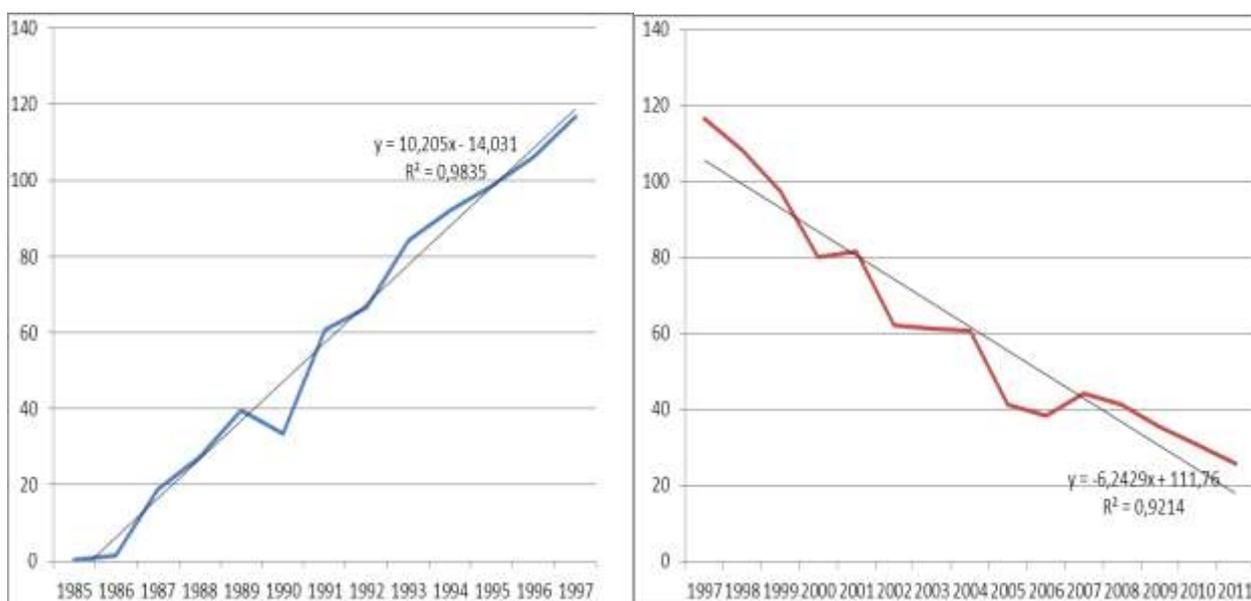


Figura 1. Incidência de casos de aids por 100.000 habitantes no município de Ribeirão Preto no período de 1985 a 2011.

1.3 A organização da assistência às pessoas que vivem com HIV/aids: estado da arte

Realizou-se a busca bibliográfica no período de novembro/2011 a fevereiro/2012, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americano em Ciências de Saúde) e PubMed (*Public/Medline* ou *Publisher Medline*), por meio da combinação dos descritores (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) “síndrome

da imunodeficiência adquirida” e “terapia anti-retroviral de alta atividade” com os descritores “sorodiagnóstico da aids”, “serviços de saúde”, “acesso aos serviços de saúde”, “sistemas de saúde” e “avaliação em saúde”. Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão dos materiais bibliográficos: artigos completos publicados no período de 2007 a 2012; periódicos nacionais e internacionais; idiomas português, inglês e espanhol; menção nos resultados sobre a assistência prestada pelos serviços de saúde para a assistência ao HIV/aids. Foram identificados 49 artigos científicos, dos quais se selecionou 39, categorizados de acordo com os principais resultados/contribuições: *Diferentes perfis de vulnerabilidade individual e social relacionadas à exposição, adoecimento, complicações, adesão ao tratamento e mortalidade pelo HIV/aids* (SILVA et al, 2010; PEREIRA et al, 2007; CARACIOLO et al, 2009; BONOLO et al, 2007; FONSECA et al, 2007; KITAHATA et al, 2008; HARIRI & McKENNA, 2007; ORAMASIONWU et al, 2009; NAKASUJJA et al, 2010; REGO & REGO, 2010; BRAGA et al, 2007; BLANC et al, 2007; HEREDIANA, 2007; LOPES et al, 2007; OLIVEIRA, 2009; GARRIDO et al, 2007; MALTA et al, 2009; SAYLES et al, 2009; NEMES et al, 2009; RAVETTI & PEDROSO, 2009; MELCHIOR et al, 2007); *Desafios relacionados ao preparo e qualificação dos recursos humanos em saúde para a assistência ao HIV/aids* (ERHABOR et al, 2012; REIS & GIR, 2009; LIMA et al, 2007; SADALA & MARQUES, 2006; GIRÓN et al, 2007; DERIBE et al, 2008; SMITH & MBAKWEM, 2010; SARNA & KELLERMAN, 2010); *Necessidade de estratégias para organização e coordenação da assistência nos serviços de saúde visando o diagnóstico precoce e tratamento oportuno* (SUCCI, 2007; TURCHI ET AL, 2007; VOGEL ET AL, 2010; CARAPINHA, 2008; NATTRASS, 2008; HERENCIA, 2007; CLAUDIN, 2009) e *Comprometimento político e alocação de recursos financeiros na luta contra o HIV/aids* (ZHOU ET AL, 2011; HARLING ET AL, 2007; HACKER ET AL, 2007; NUNN ET AL, 2007).

Os materiais selecionados evidenciam a complexidade e os desafios que envolvem a abordagem ao HIV/aids em diversos contextos sanitários, uma vez que a assistência às PVHA transcende fatores biológicos e clínicos, agregando elementos sociais e, sobretudo, culturais em função de valores e preconceitos já enraizados na população como um todo. Tal complexidade se depara com as debilidades estruturais dos serviços de saúde, pautadas no predomínio de uma assistência fragmentada, no enfoque biologicista e médico centrado, além do

despreparo dos diversos profissionais de saúde para a incorporação de responsabilidades relacionadas à prevenção e controle da doença.

De modo geral, os estudos analisados apontam a existência de lacunas na produção do conhecimento científico em relação à coordenação da assistência às PVHA, reiterando, nesse sentido, a importância do desenvolvimento do presente estudo, o qual possibilitará identificar os desafios que permeiam a integração das ações e serviços de saúde prestados aos usuários, levando-se em consideração a transcendência, a complexidade e as transformações sócio-sanitárias do agravo, bem como o descompasso entre a proposição de políticas públicas e a capacidade estrutural e organizacional do sistema de saúde.

1.4 Justificativa do estudo

As transformações no perfil epidemiológico do HIV/aids, a dinâmica de transição do agravo – de uma condição aguda para outra de caráter crônico - com o advento da TARV e a trajetória das políticas de atenção às PVHA apontam a necessidade de se avançar no conhecimento a respeito da coordenação da assistência prestada às PVHA no contexto do sistema de serviços de saúde brasileiro numa perspectiva de compatibilizar as necessidades dos usuários com os recursos disponíveis visando a adequada assistência, para além do enfoque clínico-biologicista.

2 Quadro Teórico

Embora a aids seja uma doença infecciosa e transmissível, ela pode ser considerada, segundo o eixo conceitual de Mendes (2011; 2012), uma condição crônica em função de sua persistência no tempo e pela necessidade de um sistema de saúde integrado capaz de proporcionar um cuidado permanente e contínuo por meio de estratégias adequadas de prevenção e controle.

Destaca-se que a atenção ao HIV/aids se organiza em um contexto sanitário cujo modelo assistencial é caracterizado pela prática médica voltada para uma abordagem biologicista, individualista, mecanicista, especializada, reducionista e com baixa cobertura e resolubilidade (MENDES, 2011; 2012). Tal situação aponta que o sistema de saúde no Brasil está organizado em torno de um modelo fragmentado e caracterizado pela prestação de assistência descontínua e ausência de integração entre os diferentes pontos de atenção, privilegiando o atendimento aos eventos agudos e episódicos das doenças, com dificuldade de considerar as reais necessidades de saúde da população (MENDES, 2001).

Mendes (2011; 2012) refere que os sistemas fragmentados são considerados ineficazes por estarem direcionados ao atendimento das pessoas doentes em suas demandas pontuais e imediatistas, 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.

Frente a esse cenário, para que a assistência PVHA tenha sustentabilidade e promova impacto no quadro sanitário e, sobretudo, no cuidado prestado, impõe-se a necessidade de superar o paradigma fragmentado vigente e organizar o sistema de saúde de modo a promover a atenção às condições crônicas (MENDES, 2002).

Para Mendes (2011; 2012), os sistemas de saúde estruturados para o atendimento às condições crônicas são capazes de desenvolver um enfoque sistemático e planejado para atender tanto às necessidades relacionadas aos eventos agudos como crônicos de uma determinada população. Deste modo, desafios são lançados para a organização e gestão do sistema de saúde de forma que este se constitua em Redes de Atenção à Saúde (RAS) e responda adequadamente às reais necessidades da população.

Na lógica das RAS, são os protocolos clínicos que normatizam a atuação dos pontos de atenção de acordo com evidências científicas e estabelecem toda a carteira de serviços a ser ofertada. Assim, ficam claros os papéis das equipes em relação a cada condição de saúde e as situações em que os usuários devem ser encaminhados ou contra referenciados.

Ressalta-se que alguns casos classificados por meio de diretrizes clínicas ficam sob os cuidados definitivos de um ponto de atenção secundária, o qual também pode se constituir como porta de entrada do sistema de saúde, contando com o apoio dos demais componentes da estrutura operacional das RAS (MENDES 2009). Nesses moldes, encontram-se os ambulatórios de referência para tratamento e acompanhamento das PVHA, os quais se configuram como uma importante fonte de atenção longitudinal e habitual, facilitando o reconhecimento de necessidades ao longo do tempo e possibilitando a oferta de ações específicas e sistemáticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde de modo a assegurar a coordenação da assistência (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002).

Ainda que a atenção especializada 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 terciários, incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS) (MENDES 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Frente ao exposto, verifica-se que o adequado manejo de uma condição crônica necessita conceber uma integralidade ampliada, a qual constitui uma responsabilidade da rede de serviços, com múltiplas entradas e fluxos (CECILIO, 2001). Nesse sentido, o conceito de integralidade remete simultaneamente ao de *coordenação*, uma vez que exige a *integração* de ações e serviços de saúde por meio de redes assistenciais. Pensar em integralidade, integração e resolutividade do cuidado prestado implica, portanto, em profundas reflexões sobre a capacidade e a habilidade técnico-gerencial e política dos serviços de saúde, profissionais e gestores reconhecendo a interdependência dos atores e organizações e a importância do fortalecimento do sistema de referência e contra referência (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

O conceito de *coordenação* implica em conceber a relevância da *integração das ações e serviços de saúde* para a adequada assistência e pressupõe “*alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja*

por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados”. Remete à necessidade de avaliação permanente da situação de saúde e, para tal, o vínculo com os usuários é essencial; e à relevância do sincronismo entre as ações produzidas pela equipe e/ou demais serviços de saúde, resultando na redução de possíveis iatrogenias e na otimização dos serviços prestados (STARFIELD, 2002).

Ainda no contexto da coordenação da assistência, ressalta-se que a integração possui uma dinâmica/dimensão *vertical*, considerando a articulação entre os diferentes pontos de atenção à saúde dentro de uma rede assistencial, bem como uma dinâmica/dimensão *horizontal*, mediante a interlocução entre os membros de uma mesma equipe (KRINGOS et. al., 2010). Nesse sentido, promover uma atenção compartilhada e resolutive exige o aperfeiçoamento no fluxo de informações *dentro* e *entre* os pontos de atenção, além da disponibilidade de recursos humanos preparados e estratégias de intervenção que favoreçam a identificação de necessidades/demandas dos usuários para o adequado manejo e qualificação da assistência prestada (STARFIELD, 2002).

Convém salientar que, segundo Starfield (2002) e Mendes (2002), a “coordenação” é considerada uma atribuição da APS. Entretanto, neste estudo, acredita-se que a mesma seja apropriada para avaliar os ambulatórios de referência em HIV/aids, uma vez que possui potencial para atuar como porta de entrada promover um enfoque integral e coordenado da assistência prestada às PVHA.

Na figura 2 a seguir, resgata-se a síntese conceitual e os desafios da coordenação da assistência utilizada no presente estudo.

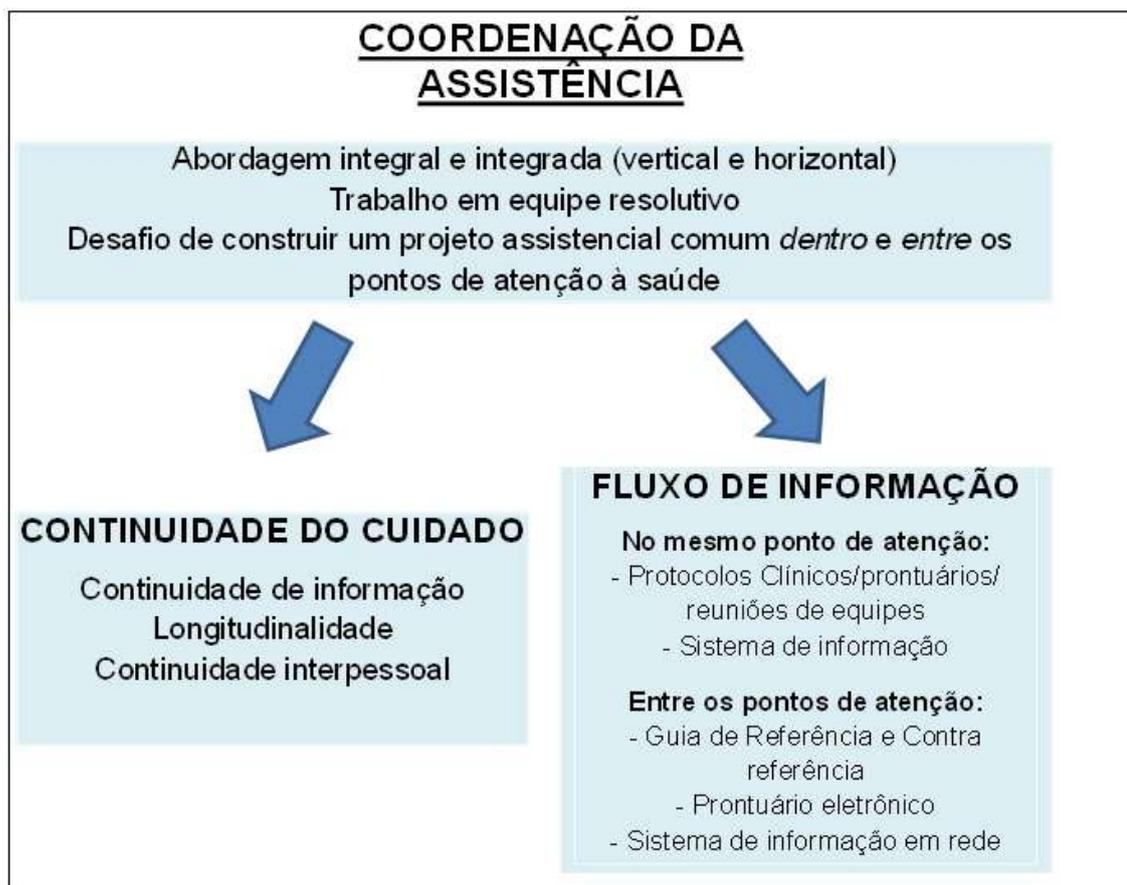


Figura 2. Coordenação da assistência: conceitos e desafios

3 Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Analisar a coordenação das ações e serviços de saúde na assistência prestada às pessoas que vivem com aids em acompanhamento nos ambulatórios de referência de Ribeirão Preto-SP, 2011.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas que vivem com aids em tratamento;
- Identificar os serviços de saúde utilizados pelas pessoas que vivem com aids em tratamento;
- Analisar a integração das ações e serviços de saúde na coordenação da assistência às pessoas que vivem com aids;
- Analisar o desempenho dos ambulatórios de referência em HIV/aids segundo a integração das ações e serviços de saúde na coordenação da assistência às pessoas que vivem com aids.

4 Material e Métodos

4.1 Delineamento do estudo

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

4.2 Local de estudo

O estudo tem como cenário o município de Ribeirão Preto, situado no nordeste do Estado de São Paulo, cuja população estimada em 2011 era de 614.759 habitantes (FUNDAÇÃO SEADE, 2012). O município enquadra-se no grupo daqueles que apresentam bons níveis de indicadores sociais e econômicos. A *atenção à saúde* no município está organizada em cinco Distritos Sanitários: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central (Figura 3) e é composta por uma ampla rede de serviços de saúde, cujo fluxograma de acesso aos diversos pontos de atenção à saúde está apresentado na Figura 4.

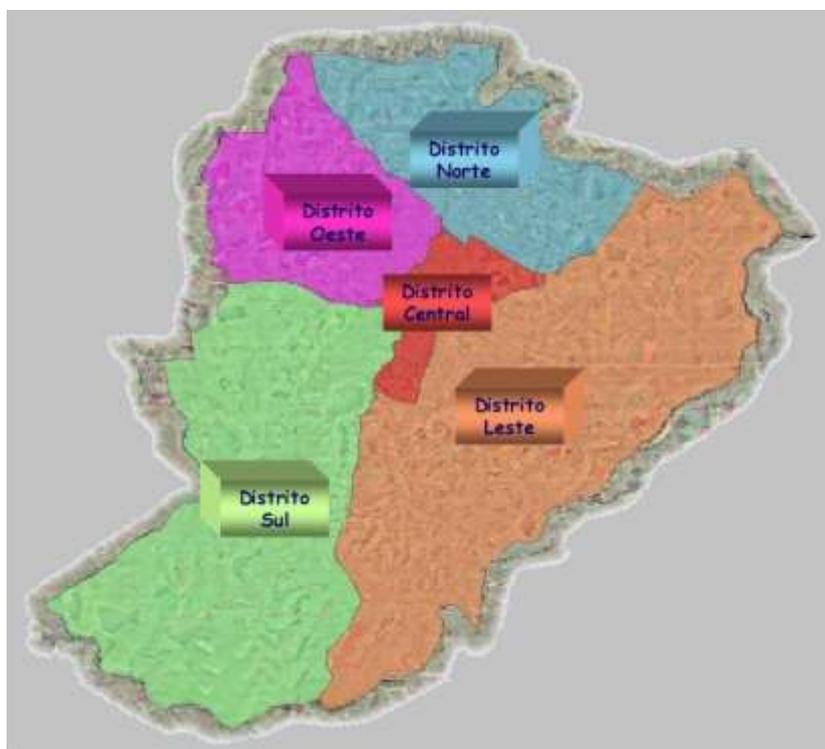


Figura 3. Regiões Distritais de Saúde em Ribeirão Preto-SP, 2009.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

No ano de 2011, a *rede municipal de atenção à saúde* era composta pela seguinte estrutura: 5 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) com Pronto Atendimento (PA) e algumas especialidades; 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 30 Unidades Tradicionais e 13 Unidades de Saúde da Família (USF); 1 Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59); 1 unidade de suporte avançado (USA) para atendimento móvel, 5 Ambulatórios de Moléstias Infectocontagiosas; 1 Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas, 1 Centro Regional de Saúde do Trabalhador; 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 3 ambulatórios de Saúde Mental (RIBEIRÃO PRETO, 2012a).

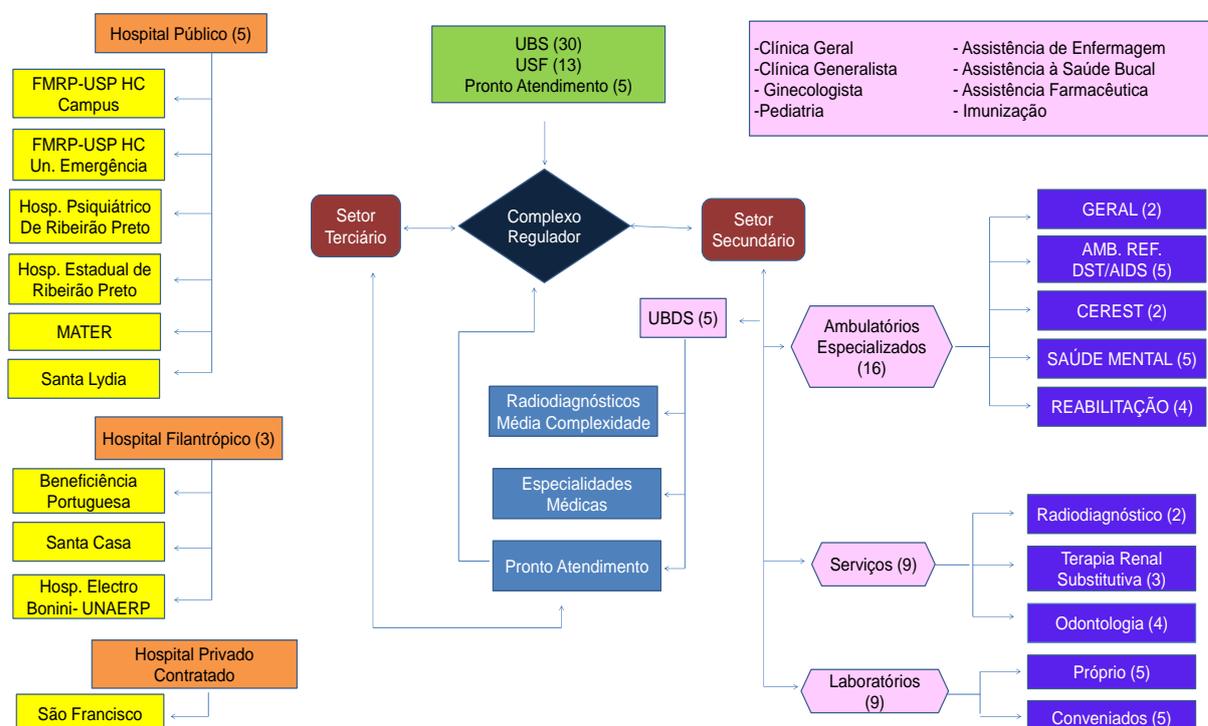


Figura 4. Fluxograma de acesso na rede de atenção ao Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, 2011 (*Adaptado*).

Fonte: RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento, 2012.

4.2.1 Atenção ao HIV/aids no município de Ribeirão Preto

O município de Ribeirão Preto é considerado pioneiro na assistência ao HIV/aids, sendo que em 1996, com o advento da universalização da TARV, já existiam dois ambulatórios de especialidade para atenção ao agravo que funcionam desde o início da década de 90. Ainda em 1996, houve a disponibilização do teste

para detecção do HIV no pré-natal em 16 unidades básicas de saúde, sendo que, a partir de 1997, ampliou-se a oferta do exame para 32 unidades.

A atenção às PVHA ocorre em nível secundário e terciário. Em relação ao nível secundário, ambulatórios de referência em HIV/aids estão distribuídos nos cinco distritos de saúde do município (em três Centros de Referência em DST/aids e dois ambulatórios de especialidades) os quais operam com equipes especializadas, disponibilizando serviços como Assistência Domiciliar Terapêutica (SAD) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) (RIBEIRÃO PRETO, 2012b). Destaca-se que todas as unidades de saúde da rede pública do município podem solicitar o exame anti-HIV e, em caso de diagnóstico positivo, o indivíduo pode optar pelo acompanhamento no ambulatório de sua preferência, sendo possível não pertencer à sua respectiva área de abrangência. Um laboratório municipal realiza as sorologias solicitadas pelas unidades e pelo CTA, levando em média cinco dias para disponibilizar o resultado dos exames. Os CTA oferecem ainda o Teste Rápido Diagnóstico para o HIV que demora em torno de 30 minutos para emitir o resultado.

Com relação ao nível terciário, os casos de maior complexidade podem ser atendidos pela Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI), sob responsabilidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), o qual é referência para os usuários da regional de saúde do município, oferecendo atendimentos em regime ambulatorial e de internação parcial (Hospital Dia) ou integral (RIBEIRÃO PRETO, 2012a).

Os Ambulatórios de referência se configuram de formas variadas no município (Quadros 1 e 2). Para caracterizar tais serviços, utilizou-se como roteiro o instrumento do Ministério da Saúde designado “*Qualiaids*” - que permite avaliar a qualidade da assistência ambulatorial ao HIV/aids nos serviços públicos brasileiros (BRASIL, 2008a). Os dados apresentados a seguir foram obtidos mediante interação e observação dos cenários do estudo, além de questionamentos aos profissionais que atuavam nos serviços de saúde. Ressalta-se que, para fins didáticos, os ambulatórios de referência foram intitulados de acordo com o distrito sanitário ao qual pertenciam, a saber: *Central, Norte, Oeste, Sul e Leste*.

Quadro 1. Caracterização dos Ambulatórios de Referência em HIV/aids segundo alguns aspectos do funcionamento, Ribeirão Preto, agosto de 2011.

Características dos Ambulatórios	Central*	Norte	Oeste	Sul	Leste*
(1) Ambulatório de Especialidades** (2) Centro de Referência em DST/aids**	2 HIV/aids, DST, tuberculose, hanseníase, hepatites virais <i>Obs - Atende penitenciária masculina.</i>	2 HIV/aids, DST, tuberculose <i>Obs –acoplado a uma UBS.</i>	1 HIV/aids, DST, tuberculose <i>Obs – inserido em um Centro de Saúde Escola, que atende diversas especialidades. Possui um Pronto Atendimento (PA) acoplado à estrutura física.</i>	2 HIV/aids, DST, tuberculose e hanseníase <i>Obs – atende penitenciária feminina.</i>	1 HIV/aids <i>Obs – equipe vinculada a uma UBDS, no entanto o atendimento é realizado em ambulatório anexo a um Hospital Universitário Privado. A retirada dos medicamentos ainda ocorre na UBDS, que possuía serviço de PA 24h até o término da coleta dados.</i>
Horário de funcionamento do ambulatório	Segunda a Sexta: Manhã/Tarde	Segunda- Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Sexta: Tarde
Nº de pessoas com aids em acompanhamento***	650*	285	386	375	120*
Dias e Horários de atendimento com infectologista	Segunda a Sexta: Manhã/Tarde	Segunda: Manhã Quarta e Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Quinta: Manhã/Tarde	Terça a Sexta: Manhã/Tarde	Segunda a Sexta: Tarde
Periodicidade das consultas médicas oferecidas às pessoas com HIV/aids	2 a 3 meses	2 a 3 meses	2 a 3 meses	2 a 3 meses	3 a 4 meses
Grupo de convivência	Não	Sim	Não	Não	Não
Sala de vacina	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Farmácia	Sim	Sim	Sim	Sim	Não

*No período do estudo, os Ambulatórios Central e Leste mudaram de estrutura física e, por este motivo, encontravam-se em processo de transição e remanejamento de equipes, com respectiva redistribuição dos usuários em seguimento.

** *Ambulatório de Especialidades*: prestam atendimento em diversas especialidades incluindo HIV/aids; *Centro de Referência em DST/aids*: unidade de saúde exclusiva para atendimento de DST/aids e Tuberculose.

*** Dados levantados em outubro/2012, durante Reunião Equipe Técnica do Programa Municipal de DST/aids e hepatites virais.

Quadro 2. Caracterização das equipes dos Ambulatórios de referência em HIV/aids segundo a composição do quadro de recursos humanos, Ribeirão Preto, agosto de 2011.

Ambulatórios	Central*	Norte**	Oeste***	Sul	Leste
Recursos humanos					
Médico clínico geral	-	-	-	-	-
Médico infectologista (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais no ambulatório /semana)	3 Carga Horária Total: 46h	2 Carga Horária Total: 24h	2 Carga Horária Total: 40h	2 Carga Horária Total: 40h	2 Carga Horária Total: 28h
Médico residente e/ou acadêmico de medicina	Não	Acadêmicos	Residentes	Não	Residentes
Médico ginecologista (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais no ambulatório /semana)	--	2 Carga Horária Total: 24h	3 --	1 Carga Horária Total: 20h	--
Enfermeiros (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais no ambulatório /semana)	2 Carga Horária Total: 50h	2 Carga Horária Total: 40h	1 Carga Horária Total: 30h	2 Carga Horária Total: 60h	1 Carga Horária Total: 30h
Acadêmicos de enfermagem	--	Sim	Sim	--	--
Auxiliares/técnicos de enfermagem (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais no ambulatório /semana)	11 Carga Horária Total: 510h	2 Carga Horária Total: 80h	2 Carga Horária Total: 80h	5 Carga Horária Total: 200h	--
Farmacêuticos (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais no ambulatório /semana)	2 Carga Horária Total: 40h	2 Carga Horária Total: 40h	1 Carga Horária Total: 40h	1 Carga Horária Total: 20h	--
Auxiliar de farmácia (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais/semana)	1 Carga Horária Total: 40h	2 Carga Horária Total: 80h	2 Carga Horária Total: 80h	1 Carga Horária Total: 40h	--
Assistente social (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais/semana)	1 Carga Horária Total: 30h	1 Carga Horária Total: 8h	1 Carga Horária Total: 30h	--	--
Dentista (Nº e somatória da Carga Horária de todos os profissionais/semana)	1 Carga Horária Total: 36h	--	1 Carga Horária Total: 30h	--	--
Psicólogo	--	--	--	--	--
Fonoaudiólogo	--	--	--	--	--

*Junto ao Ambulatório Central, atuava a equipe da coordenação do Programa Municipal de DST/aids e Hepatites Virais. O Centro de Referência em DST/aids Central contava com estrutura física recém inaugurada (inferior 1 ano) e encontrava-se em processo de transição e remanejamento de equipes, por isso o grande número de auxiliares/técnicos de enfermagem.

**O Ambulatório Norte contava, em sua equipe, com uma enfermeira que havia assumido a coordenação municipal do Programa Controle da Tuberculose; em relação ao farmacêutico/auxiliar de farmácia e assistente social, estes não são exclusivos do ambulatório, atendendo toda demanda da UBS.

*** O Ambulatório Oeste contava com 3 ginecologistas e 1 dentista, porém sem fluxo para atendimento exclusivo das pessoas que vivem com HIV/aids; em relação ao farmacêutico/auxiliar de farmácia e assistente social, estes não são exclusivos do ambulatório, atendendo toda demanda do distrito de saúde.

Apesar da liberdade dos usuários no que se refere à opção pelo acompanhamento clínico-terapêutico em ambulatório de referência em HIV/aids fora da área de abrangência a que pertencem, conforme mencionado anteriormente, optou-se por descrever, a seguir, a retaguarda assistencial dos referidos ambulatórios, considerando a presença de serviços especializados gerais e unidades de pronto atendimento nos respectivos distritos sanitários do município (Quadro 3). Evidenciando assim os diversos tipos de serviços públicos disponíveis para o atendimento à saúde da população, uma vez que os ambulatórios de referência em HIV/aids não dispõem de todos os recursos necessários no processo de assistência e funcionam apenas no horário comercial (07:00 as 17:00hs)

Quadro 3. Retaguarda assistencial na área de abrangência dos Ambulatórios de Referência em HIV/aids, segundo a distância de serviços especializados gerais e pronto atendimento 24h, Ribeirão Preto, agosto de 2011.

Demais Unidades Assistenciais Ambulatórios Ref. HIV/aids	Pronto-Atendimento 24h*	Serviços Especializados Gerais **
	Distância (Km)	Distância (Km)
Central	0,9	7,6
Norte	1,9	1,9
Oeste	<i>na mesma estrutura física</i>	<i>na mesma estrutura física</i>
Sul	1,2	1,2
Leste	1,7	1,7

* PA: 05 unidades no município, 01 por distrito de saúde, sendo 04 vinculadas à estrutura de UBDS e 01 em sede isolada.

** Serviços Especializados Gerais: 04 UBDS e 01 Núcleo de Gestão Assistencial-59.

O município de Ribeirão Preto ainda conta com as atividades prestadas pelas Organizações não Governamentais (ONG), as quais desenvolvem projetos e prestam diversos serviços vinculados às áreas sociais e de saúde, tais como: “GHIV” (atendimento psicológico as PVHA e seus familiares); “ROSA VERMELHA” e “Arco íris” (atividades de prevenção das DST/aids na população LGBT - lésbicas gays bissexuais e transgêneros); “Missão HIVIDA” (atendimento profissional nas áreas de psicologia, fisioterapia, assistência social, mantendo uma casa abrigo); CASA DIA “Corassol” (mantém uma “Casa Abrigo” para crianças com aids, e realizam orientações e atividades de apoio).

4.3 População de estudo

Na população do estudo, foram considerados os casos de aids em acompanhamento nos Ambulatórios de Referência em HIV/aids de Ribeirão Preto no período de julho de 2011 a fevereiro de 2012 e que atendiam aos seguintes critérios de inclusão:

- Residentes no município de Ribeirão 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.

Como caso de aids, utilizou-se a seguinte definição do Ministério da Saúde: *“indivíduo com infecção avançada pelo HIV com repercussão no sistema imunitário, com ou sem ocorrência de sinais e sintomas causados pelo próprio HIV ou consequentes a doenças oportunistas (infecções e neoplasias)”* (BRASIL, 2008b).

4.3.1 Cálculo e seleção da amostra do estudo

O cálculo para o tamanho da amostra foi realizado a partir do número total de casos de aids confirmados, residentes no município de Ribeirão Preto e acompanhados pelos Ambulatórios de Referência em HIV/aids do município em janeiro de 2011. Neste período, 1.389 casos estavam em acompanhamento, distribuídos da seguinte forma: 249 pelo Ambulatório Central, 249 pelo Norte; 374 pelo Oeste; 374 pelo Sul e 143 pelo Leste.

Para o cálculo do tamanho da amostra, admitiu-se que 95% das estimativas poderiam diferir do valor populacional desconhecido P , isto é, valor absoluto de α igual a 0,05. Adotou-se o valor antecipado para P igual a 0,50. Assim, o número mínimo de doentes foi determinado pela expressão $n^*=(P \times Q)/V(p)$, sendo:

$$V(p) = \left(\frac{0,05}{1,96} \right)^2 = 0,000651 \quad \text{e} \quad n^* = \frac{0,50 \times 0,50}{0,000651} = 384,16$$

O tamanho da amostra n foi corrigido para a população de tamanho $N=1.389$.

$$n = \frac{n^*}{1 + (n^* / N)} = \frac{384,16}{1 + (384,16/1389)} = 301$$

Utilizou-se a correção para uma perda potencial de 5% determinou-se que $(301/0,95)=317$ indivíduos fossem abordados para entrevista.

O processo de amostragem foi realizado em duas etapas: estratificação com partilha proporcional segundo o serviço de saúde que acompanha o caso e amostragem por conveniência até atingir o tamanho da amostra ($n=301$), levando-se em consideração o número de sujeitos previsto para cada serviço de saúde: 54 no Ambulatório de Referência do Distrito Central, 54 no Norte; 81 no Oeste; 81 no Sul e 31 no Leste. Salienta-se que 317 indivíduos foram abordados para a entrevista, no entanto, 16 se recusaram a participar do estudo, tendo como principal argumento a falta de tempo.

4.4 Coleta de dados

4.4.1 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com apoio de um questionário estruturado (APÊNDICE I) elaborado com base nas Recomendações do Ministério da Saúde para TARV em adultos infectados pelo HIV (BRASIL, 2008b), no protocolo de acompanhamento ambulatorial do paciente com HIV/aids da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG, 2007) e na metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do SUS (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

O instrumento de coleta de dados compreendeu 38 questões, divididas em quatro seções:

- I. **Dados sócio demográficos;**
- II. **Dados sobre as características clínicas dos casos;**
- III. **Dados sobre os serviços de saúde utilizados;**
- IV. **Dados sobre a coordenação** da assistência, a partir do conceito de Starfield (2002). Para fins operacionais, as variáveis desta seção foram subdivididas em *Coordenação da assistência pela equipe do ambulatório de referência em HIV/aids* e *Coordenação da assistência junto a outros Profissionais/Especialidades/Serviços*.

Ainda em relação ao questionário, o mesmo passou por procedimentos relacionados à análise de conteúdo, análise semântica e teste piloto para readequações e verificação da viabilidade do instrumento e do método proposto para atender aos objetivos da pesquisa.

Para realizar a análise de conteúdo, selecionou-se sete profissionais expertises nas áreas temáticas de HIV/aids e saúde pública, para os quais foram enviados carta convite (APÊNDICE II), instrumento de coleta de dados e formulário para apreciação do conteúdo do mesmo (APÊNDICE III). A análise semântica foi realizada a partir do teste piloto, no intuito de “*verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população á qual o instrumento se destina*” (PASQUALI, 1999). No teste piloto, foram entrevistados vinte indivíduos, seguindo os critérios de inclusão pré-estabelecidos. Ressalta-se que os sujeitos que participaram da etapa do teste piloto não foram contemplados na amostra final considerada neste estudo.

Destaca-se ainda que as variáveis sociodemográficas, clínicas e de utilização dos serviços contemplavam escalas variadas de respostas como dicotômicas e de múltipla escolha. As variáveis de coordenação da assistência continham uma escala de possibilidades preestabelecida (Likert) com valor entre “um” e “cinco”, cuja resposta mais favorável correspondia ao valor mais alto.

4.4.2 Variáveis envolvidas no estudo

A seguir (Quadro 4), estão relacionadas as variáveis referentes à cada seção do instrumento de coleta de dados:

Quadro 4. Descrição das seções e variáveis utilizadas no estudo

Seção	Descrição	Variáveis
I	Dados sócio-demográficos	Sexo; Idade; Estado Civil; Escolaridade; Situação empregatícia; Classificação Econômica (referente à Associação Brasileira de Pesquisa-ABEP).
II	Dados sobre as características clínicas dos casos	Status Clínico; Tempo de tratamento da aids; Resultado do último CD4 e Carga Viral; Presença de outras doenças crônicas; Tratamento específico além dos antirretrovirais.
III	Dados sobre os serviços de saúde utilizados	Utiliza UBS/USF; Utiliza pronto atendimento 24h; Utiliza outros ambulatórios públicos especializados; Utiliza serviços privados.
IV	Dados sobre a coordenação da assistência	<p><u>Coordenação da assistência pela equipe do ambulatório de referência em HIV/aids:</u> → Questionamento pelos profissionais sobre: - Regularidade no uso dos medicamentos; - Ocorrência de efeitos colaterais; - Aparecimento de outras intercorrências relacionadas à doença; - Condições de vida dos indivíduos (emprego, moradia, saneamento básico); - Apoio dos familiares/parceiros/amigos durante o tratamento. → Orientações sobre organizações não governamentais do município; → Encaminhamento para outros serviços de saúde quando necessário; → Utilização do prontuário/ficha de atendimento pelos profissionais de saúde durante a consulta; → Registro das queixas dos indivíduos nos prontuários pelos profissionais de saúde; → Entrega dos resultados de exames impressos; → Disponibilização dos resultados de exame no serviço de saúde para avaliação durante as consultas; → Recebimento de informação sobre data de agendamento da consulta de retorno.</p> <p><u>Coordenação da assistência junto a outros Profissionais/Especialidades/Serviços:</u> → Discussão e oferecimento de opções quanto aos possíveis locais de atendimento em caso de encaminhamento; → Auxílio dos profissionais de saúde para o agendamento de consultas junto a outros serviços/especialidades; → Recebimento de comprovante do agendamento de consulta em outro serviço de saúde/especialidade; → Recebimento de informações escritas sobre a situação do usuário para ser entregue a outro serviço/especialidade; → Discussão/orientação sobre os resultados e as</p>

		condutas adotadas por outro serviço/especialidade; → Interesse dos profissionais de saúde quanto ao atendimento prestado em outros serviços/especialidades; → Recebimento de informações escritas sobre os resultados/condutas adotadas por outro serviço/especialidade.
--	--	--

4.4.3 Procedimentos de coleta dos dados

Para proceder a coleta de dados, realizada no período de julho/2011 a fevereiro/2012, 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 (APÊNDICE IV).

As entrevistas foram realizadas em locais que resguardassem a privacidade das PVHA antes ou após suas consultas médicas ou após a retirada de medicamentos antirretrovirais 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. Foram entrevistadas 301 pessoas que viviam com aids, onde cada indivíduo recebeu um impresso da escala Likert de respostas (APÊNDICE V), com o intuito de facilitar a compressão das perguntas e garantir neutralidade nas respostas no momento da entrevista.

Convém destacar que as entrevistas foram realizadas por graduandos e pós-graduandos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP que receberam um treinamento prévio e eram supervisionados periodicamente.

De forma complementar, alguns dados relacionados à seção II do questionário foram coletados de fontes secundárias utilizando os prontuários dos usuários e livros de registro do Programa DST/HIV/aids/Hepatites virais.

A seguir, as potencialidades e os desafios encontrados na coleta de dados são listados, bem como as contribuições para os serviços de saúde:

- **Potencialidades:** parceria com a coordenação municipal do Programa DST/HIV/aids/Hepatites virais e com as equipes gestoras e técnicas dos ambulatórios especializados;
- **Desafios:** processo moroso de autorização da pesquisa em um dos ambulatórios devido à indefinição e ausência temporária de gestores e equipe técnica; duração das entrevistas superior ao tempo planejado, uma vez que a maioria dos sujeitos

expunham suas dúvidas, sentimentos e dificuldades enfrentadas, as quais eram acolhidas e encaminhadas oportunamente; ausência temporária de médicos infectologistas vinculado ao Programa de DST/HIV/aids/Hepatites virais, repercutindo na redução do número de consultas médicas e aumento do período destinado à coleta de dados.

- **Contribuições para os serviços de saúde:** identificação de pacientes em TARV, sem a respectiva notificação como casos de aids no SINAN, resultando em mobilizações para sanar tal situação; identificação de elevada ausência às consultas periódicas de controle e busca por atendimentos eventuais, resultando na mobilização das equipes para identificar os motivos relacionados a estes comportamentos, bem como na introdução da abordagem consentida para minimizar a falta às consultas.

4.5 Análise de dados

Os dados coletados foram digitados, armazenados e analisados através do programa Statistica, versão 9.0 da Statsoft. Os procedimentos estatísticos utilizados nesta pesquisa foram: distribuição de frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central (média) e variabilidade (desvio padrão) e Análise de Correspondência Múltipla (ACM).

Inicialmente, para o alcance do 1º e 2º objetivos específicos, 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.

Para o alcance do 3º objetivo específico, ou seja, analisar a integração das ações e serviços de saúde prestados às pessoas que vivem com aids, foram construídos indicadores a partir das variáveis relacionadas à “coordenação”, bem como um indicador geral. O indicador criado corresponde ao valor médio de todas as respostas para cada variável. Cada indicador de coordenação da assistência foi classificado em insatisfatório (valores médios próximos de 1 e 2), regular (próximos de 3) e satisfatório (próximos de 4 e 5).

Em relação ao 4º objetivo específico, utilizou-se a análise ACM para verificar a associação entre os ambulatorios de referência em HIV/aids com as variáveis de *utilização e coordenação da assistência*. Trata-se de uma técnica de análise

multivariada, indicada quando se pretende estudar um fenômeno complexo, com múltiplas variáveis, cujas relações e inter-relações se deseja conhecer.

Ferreira (1990) justifica a escolha da ACM, por possibilitar a análise de um grande número de variáveis, que utilizam diferentes tipos de escalas e possuem diversas finalidades (dados sobre a utilização dos serviços e coordenação da assistência). Além disso, destaca a capacidade de projetar no mesmo espaço fatorial a variável em linha (i) e a variável em coluna (j), facilitando o estudo das relações entre elas e a identificação das variáveis que não contribuem ativamente para a constituição dos eixos. Carvalho (2004) ressalta ainda que a utilização da ACM na análise da relação entre as categorias das variáveis não necessita de uma estrutura causal ou da priorização de uma distribuição de probabilidades, sendo apropriada no estudo de dados populacionais como uma técnica analítica não inferencial.

Para este estudo, a ACM foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, foram consideradas como variáveis ativas, aquelas relacionadas à utilização dos serviços de saúde e de coordenação da assistência pela equipe do ambulatório de referência em HIV/aids; e na segunda, as variáveis de coordenação da assistência junto a outros profissionais/especialidades/serviços. Esta divisão foi necessária, pois os indivíduos que responderam as questões referentes à “*coordenação do caso junto a outros profissionais/especialidades/serviços*” limitavam-se àqueles que já haviam sido encaminhados. Feita a descrição do espaço no plano fatorial em função das associações entre as variáveis ativas, incluiu-se uma variável passiva (ambulatórios de referencia em HIV/aids), a fim de investigar sua relação com as ativas.

Inicialmente, foi construída uma tabela do tipo R (n linhas e s colunas com termo geral r_{iq} , no qual a categoria da variável q representa o indivíduo i) com os dados do formulário, sendo s o número de variáveis categóricas e n o número de participantes. A partir desta tabela, obteve-se uma tabela simétrica de ordem (Tabela de Burt, 29 linhas x 29 colunas na primeira etapa e 21x21 na segunda), que representam o cruzamento de todas as categorias de respostas dos participantes.

Para obter planos que representam a configuração das categorias das variáveis no espaço, foram calculadas dimensões derivadas, cada uma maximizando uma parcela da variabilidade dos dados. O conjunto dessas dimensões define o espaço multidimensional e, apesar de serem habituais duas ou

três dimensões, é necessário validar a escolha. Assim, sugere-se a análise do decrescimento dos valores próprios (*eigenvalues*), privilegiando as dimensões que antecedem descidas significativas nestes valores. Os valores próprios quantificam as variabilidades dos dados explicadas para cada dimensão e variam entre zero e um (CARVALHO, 2004).

As Figuras 5 e 6 mostram o decrescimento dos valores próprios, privilegiando as dimensões 1 e 2 com valores próprios de 0,188 e 0,148 na primeira etapa e 0,402 e 0,282 na segunda.

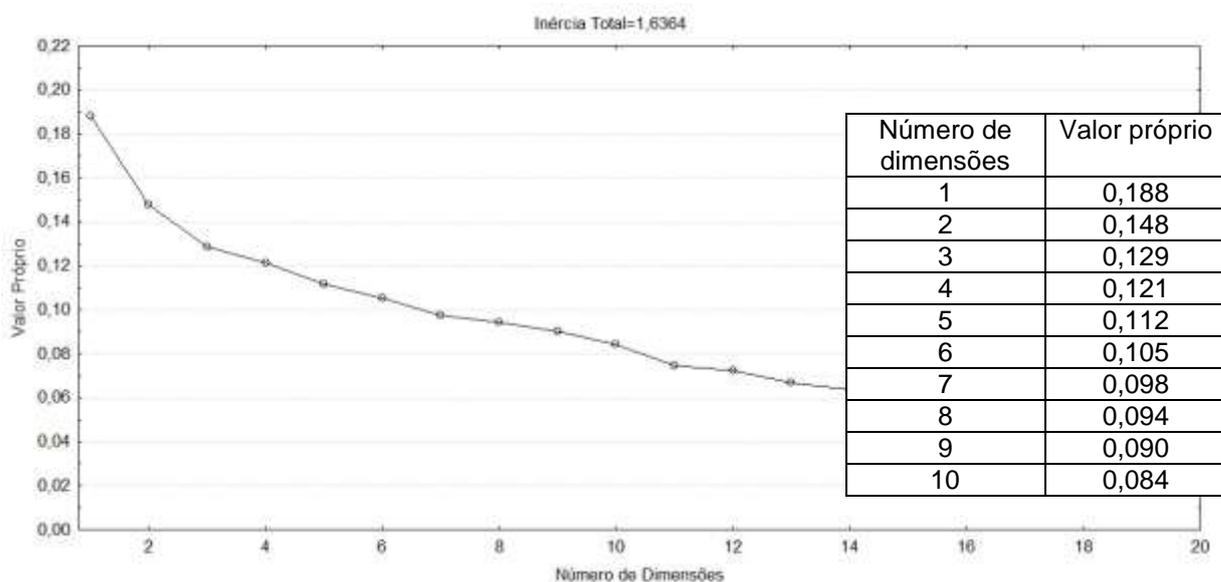


Figura 5. Decrescimento dos valores próprios na determinação do número de dimensões para aplicação da análise de correspondência múltipla - Primeira etapa.

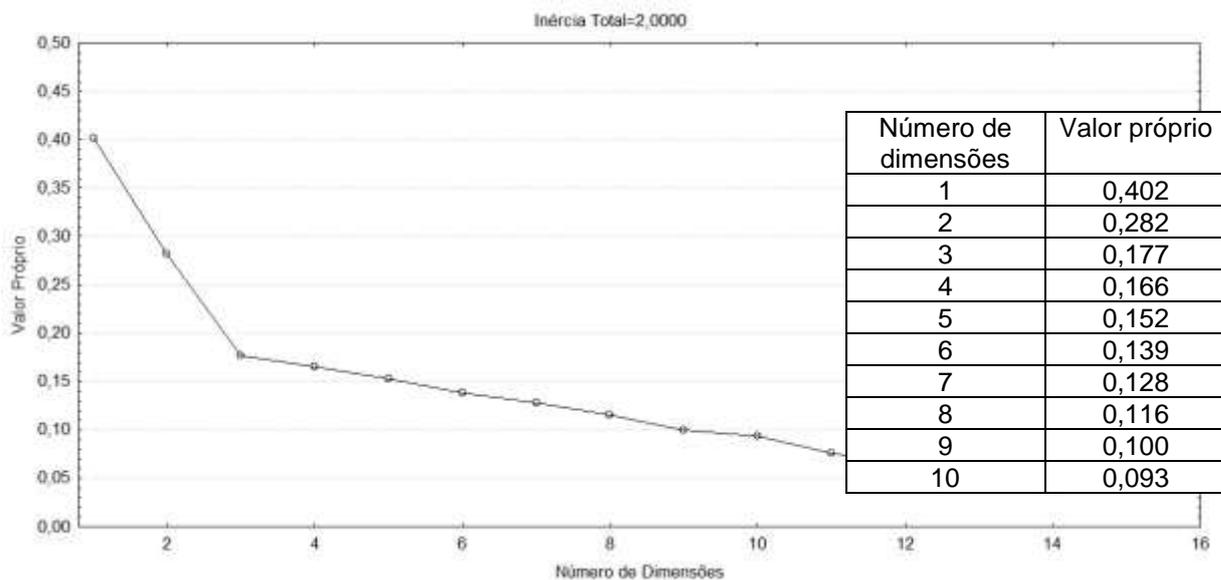


Figura 6. Decrescimento dos valores próprios na determinação do número de dimensões para aplicação da análise de correspondência múltipla - Segunda etapa.

Para identificar a combinação de variáveis que apresentasse maior estabilidade no espaço multidimensional e explicasse o maior percentual de variabilidade do conjunto de dados, foi determinada uma matriz de valores próprios que corresponde ao valor do cosseno ao quadrado (Cos^2) do ângulo que a variável faz com a respectiva dimensão. Nesta matriz foi possível evidenciar quais variáveis pertencem a cada dimensão levando em consideração a dimensão que apresenta a maior contribuição absoluta (Cos^2) (CARVALHO, 2004). A contribuição absoluta é o somatório das contribuições relativas de todas as categorias de uma variável. A análise da contribuição absoluta juntamente com a observação da posição no gráfico, em relação aos eixos, auxiliam a interpretação das dimensões derivadas e contribuem para caracterizar os eixos conceitualmente.

As variáveis que pertenciam a cada dimensão foram identificadas conforme a maior contribuição absoluta (Cos^2) (Quadro 5). Dessa forma, na primeira etapa, a dimensão 1 foi composta por variáveis relacionadas à *“preocupação com condições clínicas e apoio social”* e explica 11,5% da variabilidade dos dados: questionamentos pelos profissionais sobre regularidade no uso dos medicamentos, ocorrência de efeitos colaterais, aparecimento de intercorrências, condições de vida dos indivíduos, apoio dos familiares/parceiros/amigos durante o tratamento e orientações sobre organizações não governamentais do município. A dimensão 2 foi composta por variáveis relacionadas a *“utilização e encaminhamento a outros serviços de saúde”* e explica 9,0% da variabilidade dos dados: encaminhamento para outros serviços de saúde, utilização de UBS/USF, pronto atendimento, outros ambulatórios públicos especializados e serviços privados.

Nesta etapa, as categorias de variáveis que apresentam menores valores próprios possuem menor estabilidade no espaço multidimensional e, por isso, foram desconsideradas da análise. São elas: utilização do prontuário/ficha de atendimento pelos profissionais de saúde durante a consulta, registro das queixas dos indivíduos nos prontuários pelos profissionais de saúde, entrega dos resultados de exames impressos, disponibilização dos resultados de exame no serviço de saúde para avaliação durante as consultas e recebimento de informação sobre data de agendamento da consulta de retorno.

Na segunda etapa, a dimensão 1 foi composta por variáveis relacionadas à “preocupação com agendamento/consulta em outros serviços de saúde” e explica 20,1% da variabilidade dos dados: auxílio para o agendamento de consultas junto a outros serviços, recebimento de comprovante do agendamento de consulta em outro serviço, recebimento de informações escritas para ser entregue em outro serviço, discussão sobre os resultados e as condutas adotadas no outro serviço e interesse quanto ao atendimento prestado em outros serviços. A dimensão 2 foi composta pela variável “discutir com os usuários os possíveis locais de atendimento” e explica 14,1% da variabilidade dos dados: discussão e oferecimento de opções quanto aos possíveis locais de atendimento em caso de encaminhamento.

A variável recebimento de informações escritas sobre os resultados/condutas adotadas por outro serviço/especialidade foi excluída desta etapa por se referir a avaliação de outros serviços de saúde.

Quadro 5. Medidas de correlação (Cos²) para as categorias das variáveis que representam os itens do questionário e suas dimensões associadas no plano fatorial. Ribeirão Preto, 2011.

Etapa	Variável	Categoria	Cos ² Dimensão 1	Cos ² Dimensão 2	Dimensão
1	V1 - questionamento sobre regularidade no uso dos medicamentos	1 – Nunca/quase nunca	0,118	0,001	1
		2 – Às vezes	0,055	0,000	
		3– Sempre/quase sempre	0,169	0,001	
	V2 - questionamento sobre ocorrência de efeitos colaterais	1 – Nunca/quase nunca	0,306	0,067	1
		2 – Às vezes	0,039	0,112	
		3– Sempre/quase sempre	0,363	0,002	
	V3 - questionamento sobre aparecimento de intercorrências	1 – Nunca/quase nunca	0,264	0,030	1
		2 – Às vezes	0,019	0,002	
		3– Sempre/quase sempre	0,279	0,032	
	V4 - questionamento sobre condições de vida dos indivíduos	1 – Nunca/quase nunca	0,464	0,000	1
		2 – Às vezes	0,045	0,080	
		3– Sempre/quase sempre	0,352	0,030	
	V5 - questionamento sobre o recebimento de apoio durante o tratamento	1 – Nunca/quase nunca	0,457	0,005	1
		2 – Às vezes	0,029	0,096	
		3– Sempre/quase sempre	0,370	0,075	
	V6 - orientações sobre organizações não governamentais	1 – Nunca/quase nunca	0,154	0,053	1
		2 – Às vezes	0,000	0,195	
		3– Sempre/quase sempre	0,200	0,009	
V7 - encaminhamento para outros serviços de saúde	1 – Nunca/quase nunca	0,013	0,255	2	
	2 – Às vezes	0,015	0,061		
	3– Sempre/quase sempre	0,026	0,158		
AB - Utilização da Atenção Básica	S - Sim	0,002	0,114	2	
	N – Não	0,002	0,114		
PA - Utilização de pronto atendimento	S - Sim	0,016	0,229	2	
	N – Não	0,016	0,229		
Outros Amb.- Utilização de outros ambulatorios públicos	S – Sim	0,019	0,202	2	
	N - Não	0,019	0,202		
Privado - Utilização de serviços privados	S - Sim	0,003	0,168	2	
	N – Não	0,003	0,168		
2	V13 - discute os possíveis locais de atendimento em caso de encaminhamento	1 – Nunca/quase nunca	0,003	0,095	2
		2 – Às vezes	0,078	0,251	
		3– Sempre/quase sempre	0,008	0,003	
V14 - auxílio para o agendamento de consultas	1 – Nunca/quase nunca	0,308	0,166	1	
	2 – Às vezes	0,026	0,156		

	junto a outros serviços	3- Sempre/quase sempre	0,313	0,009	
V15 - recebe comprovante do agendamento de consulta em outro serviço		1 - Nunca/quase nunca	0,296	0,220	1
		2 - Às vezes	0,054	0,247	
		3- Sempre/quase sempre	0,361	0,023	
V16 - recebe informações escritas para ser entregue em outro serviço		1 - Nunca/quase nunca	0,404	0,091	1
		2 - Às vezes	0,002	0,027	
		3- Sempre/quase sempre	0,396	0,130	
V17 - consegue atendimento quando encaminhado		1 - Nunca/quase nunca	0,461	0,140	1
		2 - Às vezes	0,002	0,003	
		3- Sempre/quase sempre	0,404	0,132	
V18 - discussão sobre os resultados da consulta em outro serviço		1 - Nunca/quase nunca	0,478	0,017	1
		2 - Às vezes	0,001	0,083	
		3- Sempre/quase sempre	0,491	0,060	
V19 - interesse quanto ao atendimento prestado em outros serviços		1 - Nunca/quase nunca	0,442	0,124	1
		2 - Às vezes	0,087	0,511	
		3- Sempre/quase sempre	0,608	0,037	

As variáveis selecionadas para as dimensões 1 e 2 das duas etapas da ACM foram localizadas por meio de coordenadas em dois planos fatoriais, os quais estão apresentados nos resultados deste estudo.

4.6 Aspectos Éticos

Após a autorização da Secretaria de Saúde e Programa de DST/HIV/aids/Hepatites virais do município para implementação da pesquisa. O projeto foi submetido, atendendo a resolução 196/96 e ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (ANEXO I), conforme protocolo nº 1215/2010.

5 Resultados

5.1 Perfil sociodemográfico e clínico das pessoas que vivem com aids

Das 301 pessoas que viviam com aids entrevistadas, a proporção foi semelhante entre os sexos, com razão de 1,05 homens para cada mulher. A idade média foi de 45,2 anos ($dp=10,1$), com a faixa etária predominante de 40 a 64 anos (64,8%). Quanto ao estado civil, apresentou maior frequência aqueles indivíduos casados/união estável (35,5%) e solteiros (34,2%) (Tabela 1).

A maioria apresentava baixa escolaridade (52,8%) e possuía alguma fonte de renda como empregado ou autônomo (54,8%). Destaca-se que 19,6% recebiam aposentadoria/pensão e 15,3% estavam desempregados. Quanto à classificação econômica, predominou a classe C (56,1%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de frequência das características sociodemográficas das pessoas que viviam com aids no município de Ribeirão Preto, 2011.

Características sociodemográficas		DOENTES (N=301)	
		n	%
Sexo	Masculino	154	51,2
	Feminino	147	48,8
Faixa etária	24 – 39 anos	94	31,2
	40 – 64 anos	195	64,8
	65-75 anos	12	4,0
Estado Civil	Casado / União Estável	107	35,5
	Solteiro	103	34,2
	Separado / Divorciado	54	17,9
	Viúvo	37	12,3
Escolaridade	Sem escolaridade ou EF incompleto	159	52,8
	EF completo	64	21,3
	Ensino médio completo	67	22,3
	Ensino superior completo	11	3,7
Situação empregatícia	Empregado/Autônomo	165	54,8
	Aposentado/pensionista	59	19,6
	Desempregado	46	15,3
	Afastado	13	4,3
	Outros (estudante / do lar)	18	6,0
Classificação Econômica	A	1	0,3
	B	72	24,0
	C	169	56,1
	D	55	18,3
	E	4	1,3

Legenda: EF: Ensino Fundamental

O tempo médio de tratamento antirretroviral entre os entrevistados foi de 7,6 anos (dp=4,1), sendo o tempo mínimo de 6 meses e máximo de 20 anos.

Quanto ao status clínico e imunológico, a maioria apresentava-se assintomático (78,4%), com contagem de linfócitos T-CD4 acima de 500 (61,5%) e carga viral indetectável (76,4%). Encontrou-se que pouco mais da metade dos entrevistados (50,2%) apresentava pelo menos alguma condição crônica associada, sendo a hipertensão arterial (23,3%) e a depressão (14,6%) as mais frequentes. Em relação ao uso regular de outros medicamentos além dos antirretrovirais, 58,8% dos entrevistados não o faziam (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de frequência das variáveis sobre o acompanhamento do caso das pessoas que viviam com aids no município de Ribeirão Preto- SP, 2011.

Variáveis sobre o acompanhamento do caso		DOENTES (N=301)	
		n	%
Status clínico	Assintomático	236	78,4
	Sintomático	65	21,6
Linfócitos T - CD4+	<350	67	22,3
	350 a 499	43	38,5
	>500	185	61,5
	Sem informação	6	2,0
Carga viral	Indetectável	230	76,4
	Detectável	64	21,3
	Sem informação	7	2,3
Condições crônicas associadas*	HAS	70	23,3
	Depressão	44	14,6
	Dislipidemia	30	10,0
	Hepatites virais	29	9,6
	Diabetes Mellitus	23	7,6
	Outros	19	6,3
Realização de tratamento além dos ARV	Nenhuma	150	49,8
	Não	177	58,8
	Sim	124	41,2

Nota: *Alguns entrevistados (n=51) referiram mais de uma condição crônica associada e por esse motivo a soma ultrapassou os 301 indivíduos do estudo.

5.2 Análise da coordenação da assistência às pessoas que vivem com aids nos ambulatórios de referência que compõem a rede de atenção ao agravo

Quanto à utilização dos serviços de saúde, a maior parte (85,0%) das pessoas que viviam com aids fazia uso exclusivo dos serviços públicos, com destaque para o PA (67,1%) no caso de intercorrências. A Atenção Básica (AB) (43,2%) era utilizada para atendimentos médicos eventuais (17,6%), retirada de

medicamentos/preservativos/vacinação (8,9%) e para atendimento de rotina nas áreas de ginecologia (4,7%) e clínica geral (4,7%) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das pessoas que viviam com aids segundo a utilização dos serviços de saúde, Ribeirão Preto, 2011.

Utilização dos serviços de saúde*	Pessoas que vivem com aids (n=301)	
	n	%
Pronto Atendimento público	202	67,1
Atenção Básica	130	43,2
Outros ambulatórios públicos especializados	71	23,6
Serviços privados	45	15,0

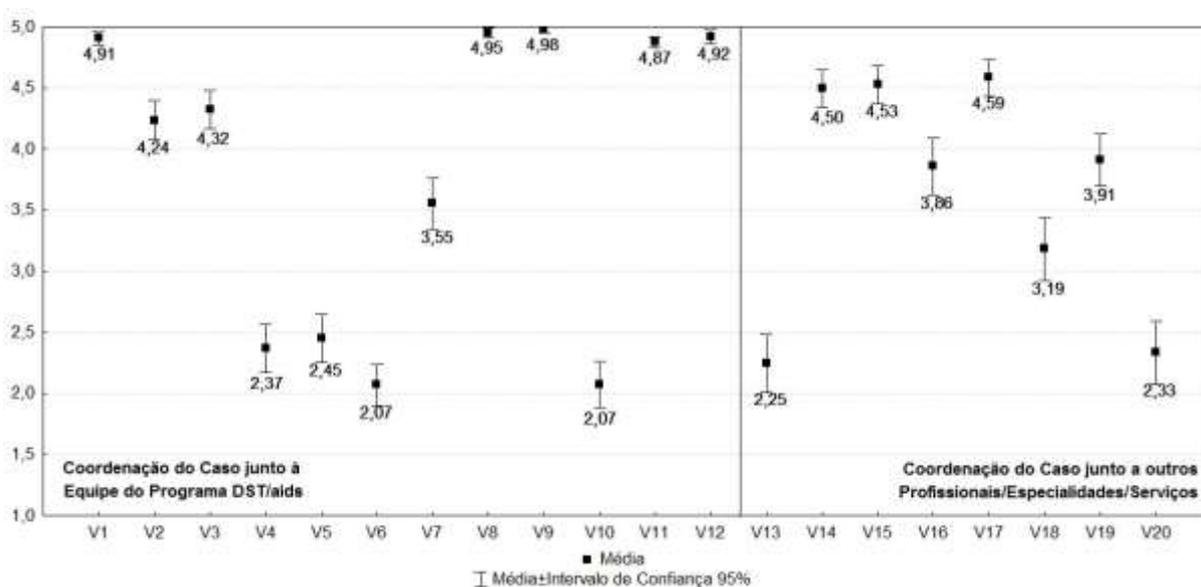
Nota: *Alguns entrevistados referiram mais de um serviço de saúde utilizado e por esse motivo o total ultrapassou os 301 sujeitos do estudo.

No que se refere à classificação do município quanto à coordenação da assistência às pessoas que viviam com aids no período da coleta de dados, o indicador composto foi considerado satisfatório (média 3,7).

Na *coordenação da assistência pela equipe do ambulatório de referência* em HIV/aids, foram considerados *satisfatórios* os indicadores: “questionamento sobre a regularidade do uso dos medicamentos” (V1), “ocorrência de efeitos colaterais” (V2), “aparecimento de intercorrências” (V3), “utilização do prontuário/ficha de atendimento pelos profissionais de saúde durante a consulta” (V8), “registro das queixas dos indivíduos nos prontuários” (V9), “disponibilização dos resultados de exame no serviço de saúde para avaliação durante as consultas” (V11) e “recebimento de informação sobre data de agendamento da consulta de retorno” (V12). Foi considerado *regular* o “encaminhamento a outros serviços de saúde” (V7), e *insatisfatórios* os indicadores: “questionamentos sobre condições de vida” (V4); “questionamentos sobre o recebimento de apoio familiar/parceiros/amigos para o tratamento” (V5); “articulação do serviço de saúde com outras instituições” (V6); e “entrega dos resultados de exames impressos” (V10) (Figura 8).

Na *coordenação da assistência junto a outros profissionais/especialidades/serviços* foram considerados *satisfatórios* os indicadores: “auxílio para o agendamento de atendimento em outro serviço de saúde” (V14); “recebimento do comprovante de agendamento de atendimento em outro serviço” (V15); “fornecimento de guia de referência em caso de

encaminhamento” (V16); “obtenção de atendimento em outro serviço de saúde” (V17); “interesse e envolvimento da equipe quanto à resolutividade dos problemas do usuário em outros locais” (V19). Foi considerado *regular* o indicador “discussão entre a equipe e o usuário sobre o atendimento realizado em outro serviço de saúde” (V18); e *insatisfatórios* os indicadores “discussão entre equipe e usuário quanto aos possíveis locais de atendimento em caso de encaminhamento” (V13) e “recebimento de contra referência” (V20) (Figura 7).



V1 – Questionamentos sobre a regularidade do uso dos medicamentos; V2 – ocorrência de efeitos colaterais; V3 –aparecimento de outras intercorrências; V4 – Questionamentos sobre condições de vida; V5 – Questionamentos sobre o recebimento de apoio familiar/parceiros/amigos para o tratamento; V6 – Articulação do serviço de saúde com outras instituições (ONG, Associações de bairros, Igrejas) para contribuir com o tratamento; V7 – Encaminhamento para outros serviços de saúde; V8 - Utilização do prontuário/ficha de atendimento pelos profissionais de saúde durante a consulta; V9 - Registro das queixas dos indivíduos nos prontuários; V10 - Entrega dos resultados de exames impressos; V11 - Disponibilização dos resultados de exame no serviço de saúde para avaliação durante as consultas; V12 - Recebimento de informação sobre data de agendamento da consulta de retorno; V13 – Discussão partilhada entre equipe e usuário quanto aos possíveis locais de atendimento quando há necessidade de encaminhamento; V14 – Auxílio para o agendamento de atendimento em outro serviço de saúde; V15 – Recebimento do comprovante de agendamento de atendimento em outro serviço de saúde; V16 – Fornecimento de informações escritas sobre o caso para entrega ao profissional de outro serviço de saúde (guia de referência); V17 – Efetiva obtenção de atendimento em outro serviço de saúde; V18 – Discussão pela equipe e usuário sobre o atendimento realizado e seus desfechos em outro serviço de saúde; V19 – Interesse e envolvimento da equipe quanto a resolutividade dos problemas do usuário em outros locais. V20 Recebimento de informações escritas sobre os resultados/conduas adotadas por outro serviço/ especialidade.

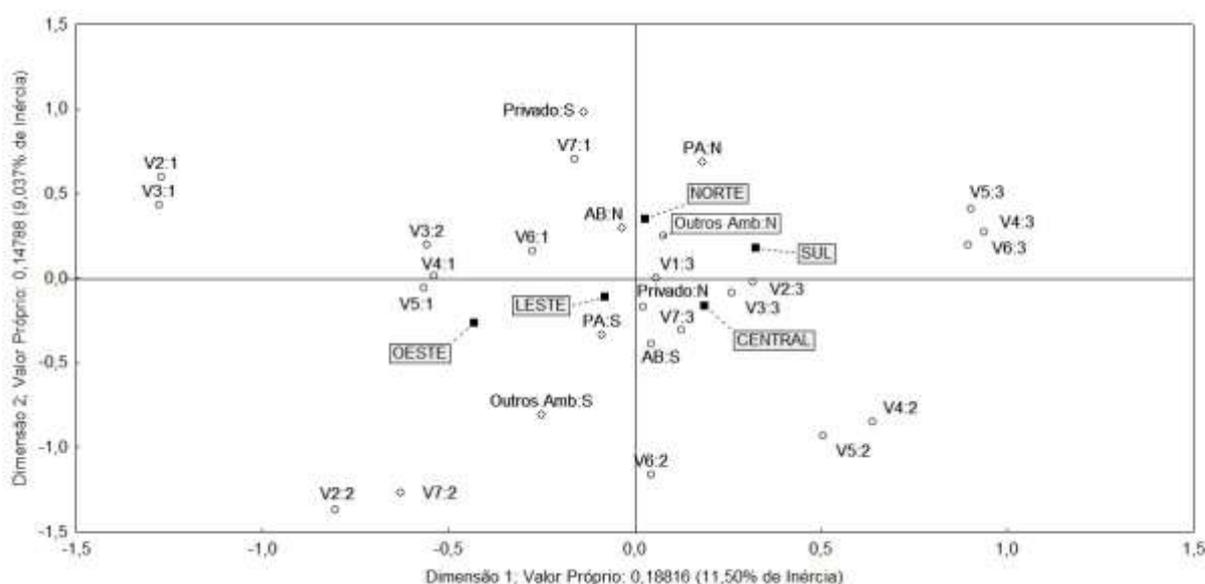
Categorias de respostas: 1 - nunca; 2 - quase nunca; 3 - às vezes; 4 - quase sempre; 5 - sempre.

Figura 7. Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis de integração de ações e serviços de saúde para a manejo do HIV/aids.

Por meio da análise do plano fatorial (Figura 8), no lado positivo da dimensão 1, as variáveis que representam uma maior “preocupação com condições clínicas e apoio social” encontram-se associadas aos Ambulatórios de Referência Norte, Sul e

Central. No lado negativo, encontram-se as características contrárias e os Ambulatórios *Leste* e *Oeste*.

Verificou-se ainda uma associação entre o “*encaminhamento das pessoas que vivem com aids*” com a “*utilização de outros serviços públicos de saúde (AB, PA e ambulatórios públicos especializados)*” que não sejam os ambulatórios de referência em HIV/aids. Essas variáveis encontram-se no lado negativo da dimensão 2 do plano fatorial, onde também se encontram os ambulatórios de referência *Leste*, *Oeste* e *Central*. No lado positivo da referida dimensão, as características contrárias “*não encaminhamento*” e “*utilização de serviços privados*” apresentam associação com os ambulatórios *Norte* e *Sul*.



Legenda: AB - Utilização da Atenção Básica; PA - Utilização de Pronto-atendimento público; Outros Amb - Utilização de outros ambulatórios públicos especializados; Privado - Utilização de serviços de saúde privados; V1 – Questionamentos sobre a regularidade do uso dos medicamentos; V2 – Questionamentos sobre a ocorrência de efeitos colaterais; V3 – Questionamentos sobre o aparecimento de outras intercorrências relacionadas à doença; V4 – Questionamentos sobre condições de vida; V5 – Questionamentos sobre o recebimento de apoio familiar/parceiros/amigos para o tratamento; V6 – Existência de contato do serviço de saúde com outras instituições (ONG, Associações de bairros, Igrejas) para contribuir com o tratamento; V7 – Encaminhamento para atendimento com outros profissionais.

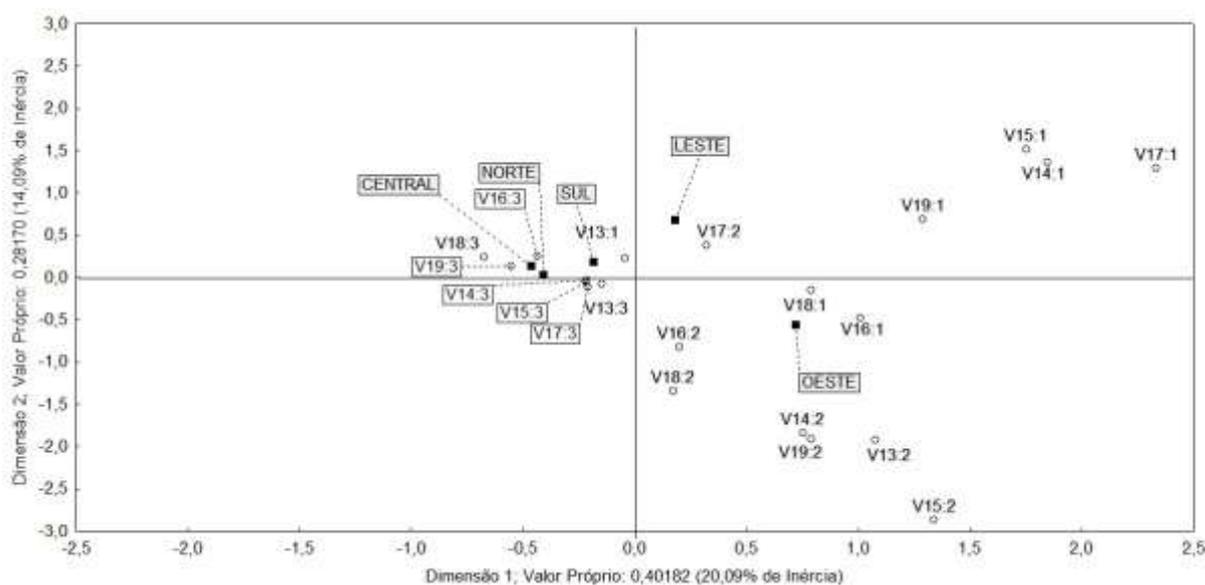
Categorias de respostas: S - sim; N - não; 1 - nunca/quase nunca; 2 - às vezes; 3 - sempre/quase sempre.

Figura 8. Plano Fatorial – Primeira etapa

Pela análise do segundo plano fatorial (Figura 9), no lado negativo da dimensão 1 as variáveis que representam uma maior “*preocupação com agendamento/consulta em outros serviços de saúde*” encontram-se associadas aos Ambulatórios de Referência *Norte*, *Sul* e *Central*. No lado positivo, encontram-se as características contrárias e os Ambulatórios *Leste* e *Oeste*.

No lado negativo da dimensão 2, verificou-se uma associação entre “*discutir com os usuários os possíveis locais de atendimento*” com o Ambulatório de Referência Oeste. No lado positivo da dimensão 2, o “*não discutir com os usuários os possível locais de atendimento*” teve associação com os Ambulatórios Central, Norte, Sul e Leste.

A síntese dos resultados relacionados às etapas 1 e 2 do plano fatorial será apresentada na *Figura 10*.



Legenda: V13 – Discussão partilhada entre equipe e usuário quanto aos possíveis locais de atendimento quando há necessidade de encaminhamento; V14 – Auxílio para o agendamento de atendimento em outro serviço de saúde; V15 – Recebimento do comprovante de agendamento de atendimento em outro serviço de saúde; V16 – Fornecimento de informações escritas sobre o caso para entrega ao profissional de outro serviço de saúde (guia de referência); V17 – Efetiva obtenção de atendimento em outro serviço de saúde; V18 – Discussão pela equipe e usuário sobre o atendimento realizado e seus desfechos em outro serviço de saúde; V19 – Interesse e envolvimento da equipe quanto a resolutividade dos problemas do usuário em outros locais.
 Categorias de respostas: 1 - nunca/quase nunca; 2 - às vezes; 3 - sempre/quase sempre.

Figura 9. Plano Fatorial – Segunda etapa

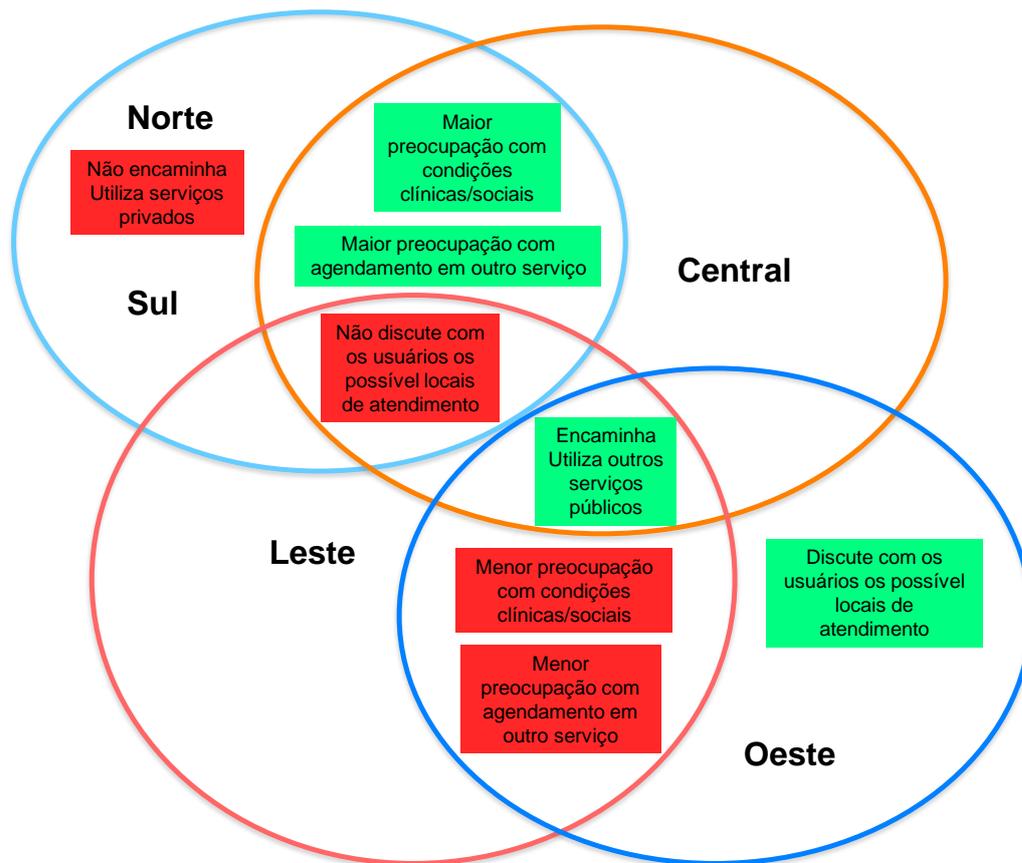


Figura 10. Síntese dos resultados decorrentes da Análise de Correspondência Múltipla

6 Discussão

Neste estudo, o perfil sociodemográfico encontrado entre as pessoas que viviam com aids entrevistadas corrobora com os achados da literatura, que evidenciam paridade da infecção entre os sexos, envelhecimento da população, presença de união estável, baixa escolaridade, acesso a alguma modalidade de fonte de renda e predomínio da classe econômica C (SANTOS et. al., 2002; CAMARGO & BERTOLDO, 2006; PINTO et. al., 2007; POTTES et. al., 2007; SOUZA & LEITE, 2008; GIRONDI et al, 2012).

No que se refere à paridade entre os sexos, estudos apontam tendência de feminização na epidemia do HIV/aids, cujo aumento do número de casos está relacionado às mulheres que mantêm um tipo de união estável, situando-as em uma posição de subordinação (GUILHEM, 2008), uma vez que são vulneráveis do ponto de vista biológico, político, econômico e sociocultural, tornando-se uma das maiores vítimas da transmissão heterossexual do HIV, impedindo-as de negociar o uso de preservativos, questionar a fidelidade do parceiro e renunciar a relações que as coloquem em risco (BUCHALLA; PAIVA, 2002; GIR et. al., 2004; MACKLIN, 2003).

Este estudo revelou que os entrevistados pertenciam a uma faixa etária entre 40 a 64 anos, acompanhando as transformações no perfil da doença ao longo da história que, aliadas ao impacto do Programa Brasileiro de DST/aids frente à política de acesso universal e gratuito à TARV (PINTO et al, 2007) resultaram no desenvolvimento de um perfil crônico-degenerativo da doença e no envelhecimento da população (TOLEDO, 2010).

Identificou-se que a maioria dos indivíduos entrevistados apresentava baixa escolaridade (sem escolaridade ou ensino fundamental incompleto), possuía alguma fonte de renda e estava inserida na classe econômica C. O município de Ribeirão Preto apresentou níveis elevados de riqueza e indicadores sociais em 2008, sendo a taxa de analfabetismo da população geral de 4,4% e o tempo médio de estudo na população entre 15 e 64 anos de 8,5 anos (ensino fundamental completo) (FUNDAÇÃO SEADE, 2012). Neste estudo, a escolaridade foi considerada um importante marcador para mostrar a pauperização do agravo, por outro lado, o enquadramento dos sujeitos na classe C acompanha a ascensão desta classe na economia da população brasileira. Estudos apontam que a relação entre aids e pobreza é complexa e, em certos contextos, populações com melhor nível

econômico possuem maior prevalência do HIV, portanto, a pauperização não está relacionada aos indicadores clássicos de pobreza, mas às diferenças sociais e aos bolsões de pobreza característicos dos grandes centros urbanos (GRANEIRO A, 1994; SZWARCOWALD, 2000). Pensar nesta contradição remete a reflexão sobre o preparo e qualificação dos serviços quanto ao acesso, produção e coordenação de um cuidado em saúde que seja coerente com as necessidades dos usuários em acompanhamento.

Quanto aos achados clínicos relacionados ao agravo, o tempo médio de tratamento dos entrevistados foi de sete anos, com predomínio de indivíduos assintomáticos (ausência de manifestações clínicas e doenças oportunistas), cujos marcadores biológicos apontavam uma carga viral indetectável e linfócitos T CD4+ acima de 500 células/mm³. Tais dados refletem bons níveis de adesão ao tratamento e estado imunológico (SILVA et al, 2010) e podem estar relacionados a um adequado desempenho dos ambulatórios de referência na coordenação da assistência prestada às PVHA.

Por outro lado, o indicativo da presença de comorbidades crônicas associadas (hipertensão arterial sistêmica, depressão, dislipidemia, hepatites virais e diabetes) e a realização de outros tratamentos além da TARV exigem estratégias de integração entre equipes e serviços de saúde envolvidos visando o compartilhamento de informações e a co-responsabilização no processo de acompanhamento dos usuários.

Estudos mostram que a hipertensão arterial e dislipidemia estão associadas ao uso da TARV (GAZZARUSO et al, 2003; SILVA, BASSICHETTO, LEWI, 2009). Doenças metabólicas decorrentes do HIV, incluindo a lipodistrofia e resistência à insulina, levam a um risco aumentado de doença cardiovascular e se configuram como uma causa importante de morbimortalidade (KRAMER et al, 2006). Além disso, a convivência com a aids repercute em vários aspectos da saúde mental dos usuários e, neste contexto, é importante entender os determinantes associados à depressão de forma a elaborar estratégias de intervenção que levem em consideração a qualidade de vida desses indivíduos (CASTANHA et al, 2006).

Tais questões requerem uma visão multiprofissional, no entanto, o próprio profissional infectologista muitas vezes se responsabiliza pelos tratamentos específicos dessas comorbidades. A sobrecarga de atendimentos observada no decorrer do processo de coleta de dados, aliada a aspectos da própria formação

profissional - culturalmente biologicista e centrada na doença - podem limitar a abordagem desse especialista às dimensões clínicas da doença em detrimento dos aspectos sociais que também poderiam ser explorados e incorporados ao cuidado.

Nesse sentido, conhecer o perfil de uma condição crônica evidencia a necessidade não só do atendimento centrado nos ambulatório de DST/aids como em outros pontos da atenção, o que também ocorreu neste estudo, com utilização do PA e AB. Autores apontam que a utilização dos serviços de saúde é um indicador importante para a avaliação destes, servindo também como norteador de qualidade da atenção à saúde e de equidade, possibilitando orientar na elaboração e transformação de políticas de saúde e social (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009; MENDES, 2009; LOUVISON et al., 2008). Observou-se ainda uma pequena utilização de serviços privados, que ocorre por meio da adesão a seguros e planos de saúde (principalmente na zona Sul) e pela modalidade de assistência mediante o desembolso direto, o qual é favorecido pela aquisição de mútuos funerários nas regiões mais carentes do município (principalmente no distrito Norte). A adesão a tais planos funerários oferecem alguns benefícios na assistência à saúde, como o desconto em consultas médicas particulares, favorecendo a busca e utilização de especialidades particulares. Reconhece-se que já um importante desafio a coordenação e integração da assistência prestada no contexto do sistema público e, tal interface com o sistema privado, torna o cuidado às pessoas que vivem com aids ainda mais complexo.

Segundo Travassos e Martins (2004), as necessidades em saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença), as características dos usuários (sócio-demográficas, geográficas, econômicas, culturais) e as relacionadas aos serviços de saúde (tipo do prestador, a organização e disponibilização) se enquadram entre os determinantes da procura e utilização dos mesmos. Considerando que os Ambulatórios de DST/aids apresentam diferentes arranjos organizacionais destinados a atender as demandas de saúde da população e estão inseridos em uma rede de atenção a saúde, é importante considerar os requisitos para se efetivar a adequada gestão do cuidado. Com isso é importante atrelar as tecnologias de saúde às necessidades individuais e coletivas dos usuários visto que se trata de uma condição crônica que requer um manejo amplo e efetivo (CECILIO, 2011).

Pensar em uma adequada gestão do cuidado envolve as dimensões individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Neste estudo, optou-se por focar as dimensões organizacional e sistêmica.

A dimensão organizacional relaciona o cuidado com os serviços de saúde, evidenciando o trabalho em equipe e as atividades de coordenação, comunicação e gerência definindo fluxos, regras de atendimentos e compartilhamento das informações entre os profissionais e estabelecimento de agendas, utilização de protocolos clínicos, realização de reunião de equipe e estratégias de planejamento e avaliação (CECILIO, 2011). Neste sentido, para que haja um trabalho em equipe coordenado é preciso pensar na integralidade das ações e serviços na assistência às PVHA levando em consideração a interação entre os sujeitos, a organização do trabalho, a incorporação de novos saberes e práticas e a interdisciplinaridade, pressupondo uma troca de conhecimentos e elaboração de um plano de cuidados comum (NEMES et al, 2004; PINHEIRO, 2003), de modo que distintas intervenções sejam percebidas e vividas pelo usuário de forma contínua e adequada às suas necessidades e expectativas (WATSON et al, 2004; HOFMARCHER, 2007; MARTINEZ, 2009; HARTZ, 2009).

No que se refere à dimensão sistêmica da gestão do cuidado no sistema público são definidos mecanismos para construção de conexões formais, regulares e regulamentadas *entre* os serviços de saúde compondo redes ou linhas, vislumbrando a construção da integralidade do cuidado e a interação entre os serviços, como os processos de referência/contra referência, que deveriam resultar em fluxos ascendentes/descendentes ordenados (CECILIO, 2011).

Em relação à *coordenação da assistência pela equipe do ambulatório de referência em HIV/aids* encontrou-se resultados satisfatórios quanto ao questionamento de aspectos clínicos e de utilização de medicamentos e à realização de atividades técnicas relacionadas ao uso do prontuário e registro de queixas. Tais indicadores relacionam-se com a apropriação de informações para o planejamento do cuidado prestado aos indivíduos, uma vez que, para haver uma adequada coordenação assistencial, são necessários meios que auxiliem o reconhecimento, a disponibilidade e a transferência de informações (STARFIELD, 2002). No entanto, reflexões devem ser feitas quanto à qualidade, compartilhamento e uso das informações contidas nos registros, uma vez que se configuram como ferramentas para planejar e avaliar a assistência prestada prevendo a transformação da prática

cotidiana, evoluindo de uma perspectiva autoritária, fragmentada e individualista para uma visão democrática, integrada, baseada no trabalho coletivo e na comunicação (LIMA & RIVERA, 2009).

O município apresentou uma importante fortaleza quanto ao apoio diagnóstico e terapêutico no que diz respeito à realização e divulgação dos resultados de exames, porém identificou-se também que tais resultados não são entregues aos indivíduos, fato este que pode dificultar a continuidade do cuidado em outros pontos de atenção, podendo gerar duplicidade na realização de exames e custos desnecessários (MENDES, 2012).

Encontrou-se como resultados *insatisfatórios* o questionamento dos profissionais sobre as condições de vida dos usuários e sobre o recebimento de apoio familiar. 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 pessoas que vivem com aids. Urge a necessidade de incorporação de uma visão ampliada dos profissionais de saúde extrapolando os limites do modelo biomédico, abrangendo elementos de natureza bio-psico-sócio-cultural (SANTOS & NOBREGA, 2004), na qual a participação da família e demais grupos de apoio da sociedade configuram-se como essenciais ao plano de cuidados.

A centralização do atendimento nas questões clínico-biológicas, para além dos aspectos que envolvem o modelo assistencial em saúde, também poderia ser explicada e/ou favorecer cristalização de tal prática - em função da desproporção entre o número de profissionais de saúde e o total de agendamentos nos ambulatórios de referência por período, fazendo com que o tempo dedicado às consultas médicas/equipe seja prejudicado, inclusive porque os serviços carecem de estratégias para classificação de risco e sistemática de priorização e acompanhamento dos usuários. Tal situação dificulta, inclusive, a co-responsabilização da equipe dos ambulatórios de referência no que se refere aos atendimentos destes usuários nos demais pontos da rede de atenção à saúde.

O cuidado prestado aos indivíduos que vivem com aids é complexo e exige formas diferenciadas de atuação bem como a articulação entre os serviços de saúde. Isso exige a criação e a manutenção de uma governança comum de atores e organizações com definição de papéis que assegurem aos usuários a oferta de uma

atenção estruturada e planejada, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo (CONTANDRIOPOULOS et al, 2001).

O encaminhamento a outros profissionais/pontos de atenção à saúde foi avaliado como *regular*, no entanto, para manejar uma condição crônica da complexidade do HIV/aids há que se pensar em um sistema de saúde integrado, que pressupõe oferta organizada de assistência, garantindo o encaminhamento e a contra-referência em uma rede articulada entre distintos níveis de complexidade, com fluxos e percursos definidos, ordenados e compatíveis com a demanda (BRASIL, 2002). Para isto, faz-se necessária a elaboração compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os membros da equipe de referência e dos demais serviços, considerando a prática do apoio matricial e a retaguarda dos serviços de AB como uma das possíveis alternativas frente a escassez e às debilidades na utilização dos recursos destinados à saúde, incrementando a atenção no sentido de contemplar a avaliação de risco e classificação das diferentes vulnerabilidades.

Em relação à coordenação da assistência junto aos outros profissionais/especialidades/serviços de saúde, o fornecimento da guia de referência foi avaliado como *satisfatório* entre os indivíduos que já haviam sido encaminhados. Já a contra-referência foi tida como *insatisfatória*, o que pode interferir na continuidade do cuidado prestado (STARFIELD, 2002), dado que, quando o usuário retorna à unidade de origem com informações sobre o seu atendimento em outro serviço, aumentam as chances de promover uma prática integral, humanizada e resolutiva.

Manejar uma condição crônica como a aids pressupõe um sistema de informação efetivo para a troca de informações relacionadas aos usuários (prontuários clínicos informatizados), as quais embasam a elaboração de planos de cuidado e facilitam o monitoramento constante do estado de saúde dos mesmos, possibilitando o *feedback* de *performance* e a identificação das necessidades de atenção segundo o risco existente (MENDES, 2009). A carência de mecanismos e estratégias de integração e comunicação, de regulação do acesso pelos diferentes níveis, ausência de sistemas informatizados que possibilitem a gestão destes processos e fluxos são considerados nós-críticos para uma efetiva coordenação da assistência (ALMEIDA, et al, 2010).

No município, destaca-se a presença de um sistema de informação que permite conhecer a trajetória dos usuários dentro do sistema municipal de saúde, bem como os atendimentos e procedimentos realizados (exames e vacinas). Trata-se do sistema *Hygia Web*, o qual interliga todas as unidades da rede municipal de saúde. Ressalta-se que este sistema não permite o acesso às informações relacionadas à avaliação e conduta dos profissionais nos atendimentos realizados. Acredita-se que tal ferramenta poderia ser explorada no sentido de garantir um acompanhamento e avaliação sistemática das pessoas que vivem com aids de modo a não se restringir aos atendimentos ocorridos trimestralmente nos ambulatórios de referência.

Neste sentido, a equipe de enfermagem poderia desempenhar um papel de suma importância no momento da pré-consulta com o intuito de identificar, através deste sistema informatizado (*Hygia*), o último comparecimento do indivíduo no ambulatório, bem como o percurso de utilização de outros serviços de saúde e a realização de exames, inclusive visando promover discussões com o usuário sobre os atendimentos realizados em outros serviços, além de minimizar a fragmentação do cuidado e a duplicidade das ações entre os distintos pontos de atenção.

Verificou-se também que há uma preocupação dos profissionais dos ambulatórios de referência quanto ao agendamento e obtenção do atendimento em outros serviços de saúde, entretanto os usuários informaram que não são incluídos nas discussões sobre os possíveis locais de atendimento. Isso ocorre devido a uma grade de referência/fluxo pré-estabelecido na rede municipal em consonância com a lógica regionalizada dos distritos de saúde nos quais os ambulatórios estão inseridos. Neste sentido, há que se refletir a complexidade da coordenação da assistência aos usuários que optam por seguimento em ambulatório especializado fora da área de abrangência a que pertencem, principalmente no que se refere às condições de acesso aos serviços de saúde (distância, custos envolvidos) quando necessitam de encaminhamento para outras especialidades.

De modo geral, a *coordenação da assistência* às pessoas que vivem com aids foi avaliada *satisfatoriamente* no município do estudo, entretanto, identificou-se diferentes desempenhos entre os ambulatórios de referência, tanto no cuidado prestado *pela própria equipe como junto a outros profissionais/especialidades/serviços*. Mesmo em processo de organização e estruturação (recém-inauguração), evidenciou-se que o ambulatório de referência

Central apresentou melhor desempenho para a coordenação da assistência, que pode estar relacionada a uma maior disponibilidade de profissionais de saúde e de dias/horários para atendimento, e ainda pelo fato de ser a sede da Equipe Gestora do Programa Municipal de DST/aids e Hepatites Virais, fazendo com que a dimensão politico-gerencial mantenha proximidade com o contexto no qual o cuidado é produzido.

Tal ambulatório juntamente com o *Norte* e o *Sul* apresentou maior preocupação com o agendamento da consulta em outro serviço quando os usuários eram encaminhados e quanto às suas condições clínicas e sociais, transcendendo o enfoque biologicista do agravo. Evidenciou-se ainda menor encaminhamento dos usuários pelos ambulatórios *Norte* e *Sul*, o que pode estar relacionado a uma maior resolutividade da assistência prestada, uma vez que é perceptível no processo de atendimento - o vínculo e o comprometimento de todos os profissionais da equipe com os usuários.

Os ambulatórios *Leste* e *Oeste*, que possuem interface com instituições de ensino superior, apresentaram um desempenho inferior na coordenação da assistência, refletindo um descompasso entre a complexidade que envolve a atenção a uma condição crônica como a aids e a formação profissional, que ainda está fragmentada e centralizada nos aspectos clínicos. Nestes contextos, a equipe de referência atua de forma desarticulada às outras especialidades do próprio serviço ao qual está inserido, contrastando com a realidade dos ambulatórios *Norte*, *Sul* e *Central* que operam em Centros de Referência e possuem maior potencial para atuação em equipe - favorecendo uma efetiva integração horizontal da assistência prestada.

Frente ao exposto, os desafios da coordenação para a produção de um cuidado compatível com as demandas e necessidades das pessoas que vivem com aids estão relacionados ao estabelecimento de um processo de diálogo permanente e otimizado envolvendo profissionais tanto *dentro* como *entre* os diferentes pontos de atenção à saúde (STARFIELD, 2002). Neste contexto, é importante que a gestão dos ambulatórios de referência pactue dentro da equipe rotinas que privilegiem uma assistência integral e que extrapolem os muros do próprio serviço, inclusive potencializando a parceria com equipamentos sociais e ONGs na assistência ao agravo. Para tal, também é necessária a concepção de estratégias que otimizem a

produção e utilização das informações sobre o acompanhamento dos usuários no planejamento e avaliação da assistência prestada.

Uma vez que a rede de saúde possui diferentes lógicas de organização de seus serviços, finitos recursos e demandas crescentes, o êxito na coordenação da assistência implica em arranjos tanto na dimensão *micro*, onde o cuidado é - de fato - prestado, como perpassa uma dimensão intermediária que envolve a articulação permanente entre a gestão dos ambulatórios de referência e do Programa Municipal de DST/aids e Hepatites Virais para definição e compartilhamento de compromissos e responsabilidades visando o adequado manejo do agravo, seguindo a lógica das condições crônicas, cujo enfrentamento exige constituição e o fortalecimento do trabalho em rede.

7 Limitações do estudo

Como limitações deste estudo, reconhece-se a possibilidade de ocorrência de *viés de informação* em decorrência da utilização de fontes secundárias, as quais podem conter falhas no registro, e *de seleção* em função da amostragem por conveniência, possibilitando apenas a inclusão daqueles indivíduos que compareceram ao serviço na ocasião da coleta de dados.

Ademais, a análise da coordenação da assistência contemplou apenas a percepção das pessoas que viviam com aids entrevistadas, ou seja, estão impregnadas por componentes pessoais e subjetivos que envolvem a satisfação com o atendimento prestado, a compreensão daquilo que o serviço poderia/deveria ofertar, o vínculo e a dinâmica de interação com os profissionais de saúde, dentre outros (STARFIELD, 2002).

8 Conclusões

O presente estudo permitiu delinear o perfil de uma amostra de indivíduos que viviam com aids e estavam em acompanhamento nos ambulatórios de referência em HIV/aids do município de Ribeirão Preto. Identificou-se paridade entre os sexos, envelhecimento da população, baixa escolaridade e predomínio da classe econômica C. Quanto às características clínicas, houve predomínio de indivíduos assintomáticos, com boa resposta imunológica e carga viral indetectável, entretanto, verificou-se a presença de comorbidades crônicas tanto de natureza infecciosa como não infecciosa. 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 pessoas que viviam com aids foi avaliada satisfatoriamente no município como um todo, entretanto identificou-se heterogeneidade entre os ambulatórios de referência, em consonância com a estrutura, a forma de organização da atenção e a atuação profissional.

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

Quanto as potencialidades encontradas no estudo, identificou-se na *coordenação da assistência pelas equipes de referência*, o manejo das condições clínicas diretamente relacionadas à aids e, *junto a outro serviços*, identificou-se a colaboração dos ambulatórios de referência para obtenção de consultas e fornecimento de informações escritas promovendo, de certa forma, uma integração entre os serviços.

9 Referências

ALMEIDA, C.M.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. 1 ed. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2006. p.215.

ALMEIDA P.F; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad Saúde Pública**; v.26, n. 2, p.286-298, 2010.

AYRES, JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9 n.3, p. 583-592, 2004.

BLANC, F. X.; HAVLIR, D. V.; ONYEBUJOH, P. C.; THIM, S.; GOLDFELD, A. E.; DELFRAISSY, J. F. Treatment strategies for HIV-infected patients with tuberculosis: ongoing and planned clinical trials. **J. Infect. Dis.**, Paris, v. 196, p. S46-S51, 2007. Supplement 1.

BONOLO, P. de F.; GOMES, R. R. de F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas de adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 16, n. 4, p. 261-278, out./dez. 2007.

BRAGA, P. E.; CARDOSO, M. R. A.; SEGURADO, A. C. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2653-2662, nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/aids, hepatites e outras DST. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, DF, n. 18, p. 09-18, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV**. 7. ed. Brasília, DF, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Centros de testagem e aconselhamento do Brasil: desafios para a equidade e o acesso**. Brasília, DF, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**, Cidade, v. 8, n. 1, 2011. Disponível em: <www.aids.gov.br>. Acesso em: 2 abr. 2012.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

BUCHALLA CM, PAIVA V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n.4, p. 108-16, 2002.

CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B. Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. **Estud. Psicol.**, v. 23, n. 4, p. 369-379, 2006.

CARACIOLO, J. M. de M; HELENA, E.T.S; BASSO, C.R; SOUZA, RA; SILVA, M.H; ADÃO, VM; RAPOSO, M.T; NEMES, M.IB. Atividades para melhoria da adesão à TARV em serviços de saúde do SUS no Estado de São Paulo, 2007. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. S72-S82, 2009. Suplemento.

CARAPINHA, J. L. Private pharmacies in an integrated approach to HIV/AIDS services. **SAHARA J (Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance)**, v. 5, n. 4, p. 206-209, Dec. 2008. Disponível em: <<http://www.ajol.info/index.php/saharaj/article/viewFile/30151/38244>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

CARVALHO, H. **Análise multivariada de dados qualitativos**. Lisboa: Edições Silabo, 2004.

CASTANHA, A. R.; COUTINHO, M. P. L. C.; SALDANHA, A. A. W. S.; RIBEIRO, C. G. Repercussões psicossociais da depressão no contexto da Aids. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 26, n. 1, p. 70-81, 2006.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, v. 15, n. 37, p. 589-599, abr./jun. 2011.

CLAUDIN, C. S. Acceso universal al Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México: resultados a seis años. **Salud Pública Méx**, Cuernavaca, v. 51, n. 1, p. 26-33, Feb. 2009.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro:IMS-UERJ, 2001.

CONTANDRIOPOULOS A-P, DENIS J-L, TOUATI N, RODRIGUEZ R. Intégration des soins: dimensions et mise-en-oeuvre. *Ruptures*, v.8, p 38-52, 2001..

CONTI, S.; MASOCCO, M.; PEZZOTTI, P.; TOCCACELI, V.; VICHI, M.; BOROS, S; URCJUOLI, R; VALDARCHI; REZZA. Differential impact of combined antiretroviral therapy on the survival of italian patients with specific Aids-Defining Illness. **Journal Acquire Immune Deficiency Syndrome**, v. 25, n. 5, p. 451-458, 2000.

DERIBE, K.; WOLDEMICHAEL, K.; WONDAFRASH, M.; HAILE, A.; AMBERBIR, A. A. Disclosure experience and associated factors among HIV positive men and women clinical service users in southwest Ethiopia. **BMC Public Health**, v. 8, n. 81, p. 8- 81, 2008.

ESTADO DE SÃO PAULO. Boletim Epidemiológico DST/Aids. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST/aids. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico C.R.T. – DST/aids**. Ano VIII, n. 1, jun, 2011.

ERHABOR, O.; AKANI, C. I.; EYINDAH, C. E. Reproductive health options among HIV-infected persons in the low-income Niger Delta of Nigeria. **Dove Press Journal: HIV/aids – Research and Palliative Care**, v. 4, p. 29-35, Feb. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2147/HIV.S1941>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FERREIRA, A. **A AFC como método de tratamento de informação qualitativa: usos e apropriação do alojamento em Telheiras: provas de aptidão pedagógica e capacidade científica**. Lisboa: ISCTE, 1990.

FONSECA, M. G. P.; LUCENA, F. de F. A.; SOUSA, A. de; BASTOS, F. I. AIDS mortality, “race or color” and social inequality in a context of universal access to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Brazil, 1999-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. S445-S455, 2007. Supplement 3.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS/FHEMIG. **Protocolo de Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com HIV/AIDS**. 20/08/2007. Disponível em: www.fhemig.mg.gov.br/pt/protocolos-clinicos. Acesso em: 25/05/2010.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **População e estatísticas vitais - Perfil municipal**. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>. Acesso: 20 Jul. 2012

GARRIDO, P. B.; PAIVA, V.; NASCIMENTO, V. L. V.; SOUSA, J. B.; SANTOS, N. J. S. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 72-79, 2009. Suplemento 2.

GAZZARUSO, C.; BRUNO, R.; GARZANITI, A.; GIORDANETTI, S.; FRATINO, P.; GAETANO, P. S.; FILICE, G. Hypertension among HIV patients: prevalence and relationships to insulin resistance and metabolic syndrome. **Journal of Hypertension**, v. 21, n. 7, p. 1377-82, 2003.

.GIR, E.; CANINI, S.R.M.S.; PRADO, M.A.; CARVALHO, M.J.; DUARTE, G.; REIS, R.K. A feminização da aids: conhecimento de mulheres soropositivas sobre a transmissão e prevenção do hiv -1. **DST –J. Bras. Doenças Sex. Transm**, v. 16, n.3, p. 73-76, 2004.

GIRÓN, M. J. V.; SEGURA, E. R.; SALAZAR, V. C.; VALVERDE, R. A.; SALAZAR, X. L.; CÁCERES, C. F. Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA sobre los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral de gran actividad: un estudio transversal en cinco ciudades del Perú. **Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica**, v. 24, n. 3, p. 211-217, jul./set. 2007.

GIRONDI, J. B. R.; ZANATTA, A. B.; BASTIANI, J. A. N.; NOTHAFT, S. S.; SANTOS, S. M. A. Perfil epidemiológico de idosos brasileiros que morreram por síndrome da imunodeficiência adquirida entre 1996 e 2007. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 302-307, 2012.

GRANGEIRO A. O perfil socioeconômico dos casos de aids da cidade de São Paulo. In: ParkerR. Bastos C. Galvão J. Pedrosa Js, editores. **A aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: 1994.

GUILHEM, D.; AZEVEDO, A. F. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da Aids. **Revista Bioética**, v. 16, n. 2, pag. 229-231, 2008.

HACKER, M. A.; KAIDA, H. O. G. G.; ROBERT, S.; BASTOS, F. I. Os primeiros dez anos: conquistas e desafios do programa brasileiro de acesso ao manejo e cuidado integral do HIV/AIDS no Brasil, 1996-2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. S345-S359, 2007. Suplemento 3.

HARIRI, S.; McKENNA, M. T. Epidemiology of human immunodeficiency virus in the United States, USA. **Clin Microbiol Rev.**, v. 20, n. 3, p. 478-488, July 2007.

HARLING, G.; ORREL, C.; WOOD, R. Healthcare utilization of patients accessing an African national treatment program. **BMC Health Services Research**, v. 7, n. 80, p. 1-8, 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/80>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, S331-S336, 2004. Suplemento 2.

HERENCIA, E. G. SIDA em El Perú: impacto de la Terapia Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA). **Rev. Med. Hered.**, v. 18, n. 4, p. 181-183. oct./dic. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X200700040001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1018-130X>. Acesso em: 20 jan. 2012.

HOFMARCHER, M. M; OXLEY, H; RUSTICELLI, E. **Improved health system performance through better care coordination**. Paris: OECD; 2007.

KITAHATA, M. M.; RODRIGUEZ, B.; HAUBRICH, R.; BOSWELL, S.; MATHEWS, W. C.; LEDERMAN, M. M.; LOBER, W. B.; VAN ROMPAEY, S. E.; CRANE, H. M.; MOORE, R. D.; BERTAM, M.; KAHN, J. O.; SAAG, M. S. Cohort profile: the Centers for AIDS Research Network of Integrated Clinical Systems, USA. **Int. J. Epidemiol.**, v. 37, n. 5, p. 948-955, 2008.

KRAMER, A. S; LAZZAROTTO, A. R; SPRINZ, E; MANFROI, W. C; Alterações metabólicas, terapia antirretroviral e doença cardiovascular em idosos portadores de HIV **Arq. Bras. Cardiol.** vol.93 no.5 São Paulo, 2009

KRINGOS DS, BOERMA WGW, HUTCHINSON A, ZEE J, GROENEWEGEN PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**. v.10, n.65, 2010.

LIMA, M.; COSTA, J. A.; FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 41, p. 6-13, 2007. Suplemento 2.

LIMA, M.C; RIVERA, F.J.U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.329-42, out./dez. 2009.

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 41, p. 39-46, 2011. Suplemento 2.

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008.

MACKLIN, R. Bioethics, vulnerability and protection. **Bioethics**, v. 17, n. 5-6, 2003.

MALTA, M; MALTA, M; BASTOS, F. I; DA SILVA, C.M; PEREIRA, G.F; LUCENA, F.F; FONSECA, M.G; STRATHDEE, S.A. Differential survival benefit of universal HAART access in Brazil: a nation-wide comparison of injecting drug users versus men who have sex with men. **J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.**, v. 52, n. 5, p. 629-635, 2009.

MARTÍNEZ, D H; NAVARRETE, M.L; LORENZO, I.V. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. **Gac Sanit**, v.23, n.4, p.280-6, 2009

MELCHIOR, R.; NEMES, M. I. B.; ALENCAR, T. M. D.; BUCHALLA, C. M. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, n. 41, p. 87-93, 2007. Suplemento 2.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana, 2012

MORAES, D. R. Revistando as concepções de integralidade. **Revista APS**, v. 9, n. 1, p. 64-72, jan./jun. 2006.

NAKASUJJA, N.; SKOLASKY, R. L.; MUSISI, S.; ALLEBECK, P.; ROBERTSON, K.; RONALD, A.; KATABIRA, E.; CLIFFORD, D. B.; SACKTOR, N. Depression symptoms and cognitive function among individuals with advanced HIV infection initiating HAART in Uganda. **BMC Psychiatry**, v. 10, n. 44, p. 2-7, 2010.

NATTRASS, N. Are country reputations for good and bad leadership on AIDS deserved? An exploratory quantitative analysis. **Oxford J. Public Health**, v. 30, n. 4, p. 398–406, 2008. Disponível em: <<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/30/4/398.full>>. Acesso em: 21 jan. 2012.

NEMES, M. I.; CASTANHEIRA, E. R.; HELENA, E. T.; MELCHIOR, R. Treatment adherence, access and AIDS assistance quality in Brazil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, n. 2, p. 207-212, 2009.

NEMES MIB, CASTANHEIRA ERL, MELCHIOR R, BRITTO MTAS, BASSO CR. Avaliação da Qualidade da Assistência no Programa de AIDS: Questões para a Investigação de Serviços em Saúde no Brasil. **Cad Saude Publica** , v.20, p. S310-S321, 2004, Suplemento 2.

NUNN, A. S.; FONSECA, E. M.; BASTOS, F. I.; GRUSKIN, S.; SALOMON, J. A. Evolution of antiretroviral drug costs in Brazil in the context of free and universal access to AIDS treatment. **PLoS. Med.**, v. 13, n. 4, 2007. Disponível em: <<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0040305>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

OLIVEIRA IB. Universal access? Obstacles to access, continuity of treatment, and gender issues at a specialized HIV/AIDS clinic in Salvador, Bahia State, **Brazil Cad Saúde Publica**. 2009;25 Suppl 2:S259-68

ORAMASIONWU, C. U; HUNTER J.M.; SKINNER J; RYAN L.; LAWSON, K.A; BROWN, C.M; MAKOS, B.R; FREI, C.R. Black race as a predictor of poor health outcomes among a national cohort of HIV/AIDS patients admitted to US hospitals: a cohort study. **BMC Infectious Diseases**, v. 9, n. 127, p. 1-12, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2334/9/127>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial/Organização Mundial de Saúde, Brasília, 2003.

PALACIO, M. B.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L. B. O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: possibilidades de integração da assistência. **PSICO**, Porto Alegre, v. 43, n. 3, p. 360-367, jul./set. 2012.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Instituto de Psicologia. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1999.

PEREIRA, C. C. de A. Perfis das causas de morte relacionadas ao HIV/AIDS nos municípios de São Paulo e Santos, Brasil, 2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 645-655, mar. 2007.

PINHEIRO R. A importância do SUS: o político, o social e as questões a superar. In: Raxach JC, **Reflexões sobre assistência à Aids: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira interdisciplinar de AIDS (ABIA); p. 59-61, 2003.

PINTO, A. C. S.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C.; ALVES, M. D. A Compreensão da pandemia da Aids nos últimos 25 anos. **DST – J. bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007.

POTTES, F. A.; BRITO, A. M.; GOUVEIA, G. C.; ARAÚJO, E. C.; CARNEIRO, R. M. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 10, n. 3, p. 338-351, 2007.

RAVETTI, C. G.; PEDROSO, E. R. Study on the clinical and epidemiological characteristics of patients with human immunodeficiency virus at the walk-in service of the teaching hospital of the Federal University of Minas Gerais. **Rev. Soc. Bras. Med. Tropical**, v. 42, n. 2, p. 114-118, 2009.

REGO, S. E. M.; REGO, D. M. S. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão da literatura. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 1, p. 70-73, 2010.

REIS, R. K.; GIR, E. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 662-669, set. 2009.

RIBEIRAO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Vigilância Epidemiológica**. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/vigilancia/vigep/aids-grafico-final.pdf>. Acesso em: 10 dez 2011.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa municipal de DST/aids e Hepatites Virais**. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/programas/aids/painel/i16indice.php> >. Acesso em: 25 fev. 2012a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Aconselhamento em DST/aids e hepatites virais**. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/programas/aids/i16indice.php>>. Acesso em: 17 fev. 2012b.

SADALA, M. L. A.; MARQUES, S. A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2369-2378, nov. 2006.

SANTOS, N. J. S.; BUCHALLA, C. M.; FILIPE, E. V.; BUGAMELLI, L.; GARCIA, S.; PAIVA, V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 12-23, 2002. Suplemento.

SANTOS, S.M.J. NÓBREGA, M.M.L.N. Ações de enfermagem identificadas no Projeto CIPESC e utilizadas no cuidado de pacientes com aids. **Rev Esc Enferm USP**, v.38, n.4, p.369-78, 2004

SARNA, A.; KELLERMAN, S. Access to antiretroviral therapy for adults and children with HIV infection in developing countries: Horizons studies, 2002-2008. **Public Health Reports**, v. 125, n. 2, p. 305-315, 2010.

SAYLES, J. N; WONG, M.D; KINSLER, J.J; MARTINS, D; CUNNINGHAM, W.E. The association of stigma with self-reported access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/AIDS. **J. General International Medicine**, v. 24, n. 10, p. 1101-1108, 2009.

SILVA, E. F. R.; BASSICHETTO, K. C.; LEWI, D. S. Perfil Lipídico, fatores de risco cardiovascular e síndrome metabólica em um grupo de pacientes com AIDS. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 93, n. 2, p. 113-118, 2009.

SILVA, E. F. R.; LEWI, D. S.; TENORE, S. B.; BASSICHETTO, K. C. Estado nutricional clínico e padrão alimentar de pessoas vivendo com HIV/aids em assistência ambulatorial no município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 1-12, dez. 2010.

SMITH, D. J.; MBAKWEM, B. C. Antiretroviral therapy and reproductive life projects: mitigating the stigma of AIDS in Nigeria. **Social Science Medicine**, v. 71, n. 2, p. 345-352, 2010.

SOUZA, T. R. C. **Impacto psicossocial da aids enfrentando perdas: ressignificando a vida**. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2008.

SOUZA, Z.; LEITE, J. L. **Aids e envelhecimento: reflexões sobre a infecção pelo HIV em indivíduos acima dos 60 anos**. 2008. Disponível em: <www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/aidsenvelhecimento.doc>. Acesso em: 16 maio 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

SUCCI, R. C. de M. Transmissão vertical do HIV no Brasil em 2000 e 2001: resultados de um estudo multicêntrico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. S379-S389, 2007. Suplemento 3.

SZWARCWALD C.L.; BASTOS F.I.; ESTEVES M.A.P; ANDRADE C.L.T. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, supl. 1. Rio de Janeiro, 2000

TOLEDO, L. S. G., et al. Características e tendência da AIDS entre idosos no Estado do Espírito Santo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.43, n.3, p. 264-267. Uberaba, 2010.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online] vol.20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

TURCHI, M. D.; DUARTE, L. de S.; MARTELLI, E. M. T. Mother-to-child transmission of HIV: risk factors and missed opportunities for prevention among pregnant women attending health services in Goiânia, Goiás State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. S390-S401, 2007. Supplement 3.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Together we will end aids, 2012..** Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/publications/2012/name,72588,en.asp> Acesso em: 2 abr. 2012.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND Jr., M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 531-562. (Saúde em debate, 170).

VOGEL, M.; SCHWARZE-ZANDER, C.; WASMUTH, J. C.; SPENGLER, U.; SAUERBRUCH, T.; ROCKSTROH, J. K. The treatment of patients with HIV. **Dtsch Arztebl Int.**, v. 107, n. 28/29, p. 507-515, 2010.

WATSON, D.E; BROEMELING, A.M; REID, R.J; BLACK, C. A results-based logic model for primary health care: laying an evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation. Vancouver: **Centre for Health Services and Policy Research**, University of British Columbia; 2004. Disponível em: www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf. Acessado em 20 de jul 2011.

ZHOU, F; KOMINSKI, G.F; QIAN, H.Z; WANG ,J; DUAN, S; GUO, Z; ZHAO, X. Expenditures for the care of HIV-infected patients in rural areas in China's antiretroviral therapy programs. **BMC Medicine**, v. 9, n. 6, p. 2-10, 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/6>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE I -QUESTIONÁRIO-

Versão instrumento:
22/07/2011

Número da Entrevista no Banco de dados: _____

Número do questionário: _____	Responsável pela coleta de dados: _____
Município: _____	Local da coleta: _____
Data da entrevista: ____/____/____	Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____
Digitador: _____	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 Casado/ União Estável Separado / Divorciado Viúvo Outro _____
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
6.	Até que série o(a) Sr.(a) estudou?
	Sem escolaridade 1ª fase do ensino fundamental (incompl.) 1ª fase do ensino fundamental (compl.) 2ª fase do ensino fundamental (incomp.) 2ª fase do ensino fundamental (completo)
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	Ensino Médio (incompleto) Ensino médio (completo) Ensino superior (incompleto) Ensino superior (completo)
	6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
7.	Na atual situação de trabalho considera:
	Desempregado(a) Empregado(a) Autônomo Do lar Estudante Aposentado Afastado
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>
	Quanto tempo: Profissão: Especificar: Motivo: Tempo:
8.	Classificação Econômica (Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa - ABEP) - Classe _____ (VIDE FINAL DO QUESTIONÁRIO)

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"/> Candidose Oral 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 os serviços de saúde utilizados	
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 ajuda-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: _____ 16.c 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 52 a 71 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.	
Coordenação do Caso Clínico junto à Equipe do Programa DST/aids	
Com que frequência	
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: 54.a Se os exames não são entregues, possibilidades resposta: 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Apenas olha, mas fica arquivado no prontuário. Obs: _____ 54.b Se os exames são entregues, possibilidades de resposta: 1 <input type="checkbox"/> Serviço entrega. 2 <input type="checkbox"/> Usuário solicita. Obs: _____
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.	O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre a regularidade do uso dos medicamentos? 57.a Por quem? 1 <input type="checkbox"/> Médica; 2 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 3 <input type="checkbox"/> Assistente social; 4 <input type="checkbox"/> Farmacêutico; 5 <input type="checkbox"/> Outro: _____
25.	O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre a ocorrência de efeitos colaterais? 58.a Por quem? 1 <input type="checkbox"/> Médica; 2 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 3 <input type="checkbox"/> Farmacêutico; 4 <input type="checkbox"/> Outro: _____
26.	O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre o aparecimento de outras intercorrências relacionadas à doença? 59.a Por quem? 1 <input type="checkbox"/> Médica; 2 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 3 <input type="checkbox"/> Outro: _____
27.	O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre as suas condições de vida (estrutura familiar, emprego, condições de moradia, dificuldades financeiras)? 60.a Por quem? 1 <input type="checkbox"/> Médica; 2 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 3 <input type="checkbox"/> Assistente social; 4 <input type="checkbox"/> Outro: _____

28.	O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre o recebimento de apoio dos familiares/parceiros/amigos para seu tratamento? 61.a Por quem? 1 <input type="checkbox"/> Médica; 2 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 3 <input type="checkbox"/> Assistente social; 4 <input type="checkbox"/> Outro: _____	
29.	O serviço de saúde faz contato com alguma organização não governamental, associação de bairro, igreja do município para contribuir com o seu tratamento? 62.a Quem? 1 <input type="checkbox"/> Equipe de enfermagem; 2 <input type="checkbox"/> Assistente social; 3 <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Coordenação do Caso Clínico junto a outros Profissionais/Especialidades/Serviços		
OBS: AGORA VAMOS FALAR SOBRE A UTILIZAÇÃO O ENCAMINHAMENTO DO (A) SR.(A) PARA OUTRAS ESPECIALIDADES (serviço social, odontologia, fisioterapia, psicologia, médico especialista, nutricionista, ONGs)		
Com que frequência...		
30.	A equipe deste serviço consegue encaminhá-lo para atendimento com outros profissionais / outros serviços quando identificam alguma necessidade? 66.a Quais serviços: _____ 66.b Outras possibilidades de resposta: 1 <input type="checkbox"/> Nunca precisou e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 3 <input type="checkbox"/> Usuário geralmente solicita encaminhamento. Obs: _____	

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

31.	Quando algum profissional da unidade de saúde encaminha o(a) Sr(a) para outras especialidade/profissional de saúde, com que frequência ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?	
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? Informações adicionais: 68.a Quem realiza o agendamento: 1 <input type="checkbox"/> Serviço de Saúde, 2 <input type="checkbox"/> Usuário, 3 <input type="checkbox"/> Ambos. Obs: _____	
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.	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? Informações adicionais: 70.a Outras possibilidades de resposta: 1 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Usuário geralmente quem solicita 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. Obs: _____	
35.	Quando encaminhado a outro serviço, com que frequência o Sr.(a) consegue ser atendido?	

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

36.	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? Informações adicionais: 72.a Outras possibilidades de resposta: 1 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca foi ofertado. 2 <input type="checkbox"/> Usuário geralmente quem solicita 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. Obs: _____	
37.	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço/ com outros profissionais? Informações adicionais: 73.a Outras possibilidades de resposta: 1 <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade e nunca/raramente foi discutido. 2 <input type="checkbox"/> Usuário geralmente quem solicita esclarecimentos Obs: _____	
38.	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? 71.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: _____	

Observações do entrevistado
Observações do entrevistador:
Data do retorno do usuário ao serviço de saúde:

Horário término da entrevista: _____ Assinatura do entrevistador: _____
--

Data coleta dados secundários SINAN: ____/____/____ Assinatura do responsável: _____

Data recebimento e conferência da entrevista: ____/____/____ Assinatura do responsável: _____
--

Data recebimento e conferência FINAL entrevista: ____/____/____ Assinatura do responsável: _____
--



Variável 9 - Classificação Econômica: SISTEMA DE PONTOS

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

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA

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

incompleto		
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

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

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2011 – www.abep.org – abep@abep.org. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2009 - IBOPE Classe Pontos

APÊNDICE II CARTA CONVITE - SOLICITAÇÃO DE PARECER DO QUESTIONÁRIO



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 25 de maio de 2011

Ilma Sra. _____

Solicitamos por meio deste documento, a apreciação de Vossa Senhoria acerca do questionário a ser utilizado no desenvolvimento do Projeto de Pesquisa Regular FAPESP intitulado: "Assistência às pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto-SP; análise da oferta e integração de ações e serviços de saúde" (Processo nº 2010/17607-7, vigência - 04/2011 a 03/2013). Esta pesquisa tem por objetivo analisar a assistência prestada para o manejo clínico das pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto-SP a partir da percepção dos doentes. Destacamos que este município é considerado um cenário de extrema relevância para o alcance dos objetivos delineados no presente estudo, em função do histórico epidemiológico e organizacional da rede de atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Acreditamos que os resultados, bem como as propostas decorrentes deste projeto irão contribuir na formação e capacitação dos profissionais de saúde, bem como na produção de conhecimentos que subsidiem o planejamento e execução de ações para o controle e prevenção do HIV/aids no contexto do SUS.

Sua participação é de extrema importância para validação do conteúdo, na qual irá analisar a pertinências das questões contempladas no instrumento seguindo o modelo (Anexo I). Enviamos também uma cópia do questionário (ANEXO II) a ser utilizado na pesquisa. Caso aceite contribuir com o aperfeiçoamento do estudo supramencionado solicitamos, se possível, a devolução do parecer considerando um prazo máximo de 20 dias.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe

Profa. Dra. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Contatos: e-mail amonroe@eerp.usp.br Telefone: (16) 3602-3403 ou (16) 92075920
e-mail liviamarialopes_enf@yahoo.com.br Telefone: (16) 3602-3403

APÊNDICE III
-INSTRUMENTO DE APRECIACÃO DE CONTEÚDO-

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade / Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
I. DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS							
1. Iniciais							
2. Sexo							
3. Idade							
4. Raça							
5. Estado Civil							
6. Até que série o (a) Sr. (a) estudou							
7. Situação empregatícia							
8. Qual a renda mensal							
9. N° de pessoas que depende da renda							
10. O local onde o (a) Sr. (a) vive							
11. Zona de moradia							
II DADOS GERAIS SOBRE O ACOMPANHAMENTO DO CASO (Dados secundários)							
12. N° SINAN							
13. Prontuário							
14. Tipo de Serviço de Saúde							
15. Data do diagnóstico							
16. Data da notificação							
No momento da Notificação:							
17. Doenças Oportunistas							
18. Manifestações Clínicas							
19. Serviços responsáveis pelo acompanhamento do caso							
20. Data de início da Terapia Antiretroviral							
No momento da entrevista:							
21. Doenças Oportunistas							
22. Manifestações Clínicas							

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade / Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
III. DADOS SOBRE A OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (ELENCO DE SERVIÇOS)							
23. Consulta médica de rotina							
24. Consulta com a equipe de enfermagem							
25. Consultas eventuais para intercorrências							
26. Atendimento psicológico							
27. Atendimento com Assistente Social							
28. Atendimento preventivos (Ginecológicos e Proctológicos)							
29. Atendimento curativo (Ginecológicos e Proctológicos)							
30. Atendimento odontológico preventivo							
31. Atendimento odontológico curativo							
32. Avaliação da acuidade auditiva							
33. Avaliação Dermatológica							
34. Grupos de apoio							
35. Vacinas de rotina							
36. Vacinas especiais							
37. Orientações quanto à vacinação							
38. Exames de Sangue							
39. Raio X							
40. Prova tuberculínica							
41. Exame de escarro							
42. Medicamentos ARV							
43. Medicamentos para atenuar eventos adversos da TARV							
44. Medicamentos para prevenção de doenças oportunista							

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade / Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
45. Preservativos							
46. Avaliação do parceiro e/ou familiares							
47. Orientações sobre:							
48. Visitas domiciliares							
49. Benefícios do Programa? Quais:							
50. Benefícios do Governo? Quais:							
51. Termo consentido que autoriza o serviço a procurá-lo(a) quando necessário							
52. Informações sobre as organizações não governamentais do município							
IV. DADOS SOBRE A INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (COORDENAÇÃO)							
Coordenação do Caso Clínico junto à Equipe do Programa DST/aids							
53. Os profissionais da unidade de saúde lêem o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta							
54. Durante seu atendimento os profissionais da unidade de saúde fazem anotações em seu prontuário							
55. Quando o(a) Sr(a) precisa dos resultados de seus exames, eles estão disponíveis no serviço de saúde							
56. Quando o(a) Sr(a) comparece às consultas de retorno, os resultados dos exames já estão disponíveis no serviço							
57. O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno no serviço de saúde							

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade / Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
58. O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre a regularidade do uso dos medicamentos							
59. O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre a ocorrência de efeitos colaterais							
60. O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre o aparecimento de outras intercorrências relacionadas à doença							
61. O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre as suas condições de vida (emprego, moradia, saneamento básico)							
62. O Sr.(a) é questionado pelos profissionais sobre o recebimento de apoio dos familiares/parceiros/amigos para seu tratamento							

APÊNDICE IV
-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa denominada “Assistência às pessoas que vivem com aids no município de Ribeirão Preto-SP: análise da oferta e integração de ações e serviços de saúde”. Este estudo está sendo realizado por uma pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e tem como objetivo analisar a oferta e a integração das ações e serviços de saúde durante a assistência prestada aos doentes pelos ambulatórios que integram a rede de atenção ao HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP.

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 poderá durar, 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.

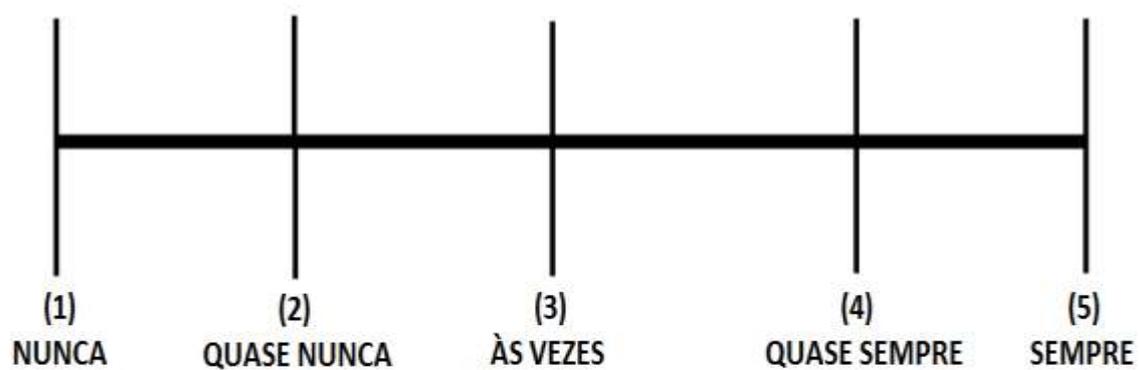
Ribeirão Preto, ____, de _____ de 2011.

Assinatura do entrevistado
Telefone: _____

Aline Aparecida Monroe
Pesquisadora Responsável

CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP. Telefone (0XX16) 3602-3391. E-mail: amonroe@eerp.usp.br

APÊNDICE V
-ESCALA LIKERT-



ANEXO

**ANEXO I
-COMITÊ DE ÉTICA-**

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 0272/2010

Ribeirão Preto, 22 de novembro de 2010.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 22 de novembro de 2010.

Protocolo: nº 1215/2010

Projeto: ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM AIDS NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP: ANÁLISE DA OFERTA E INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.

Pesquisadores: Aline Aparecida Monroe

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Aline Aparecida Monroe

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP