

Atenção à saúde de criança e adolescente com HIV: comparação entre serviços

Health care for children and adolescents with HIV: a comparison of services
Atención de salud del niño y el adolescente con HIV: comparación entre servicios

Clarissa Bohrer da Silva¹, Cristiane Cardoso de Paula¹, Luis Felipe Dias Lopes^{II}, Erno Harzheim^{III},
Tânia Solange Bosi de Souza Magnago¹, Maria Denise Schimith¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Maria-RS, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Administração. Santa Maria-RS, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre-RS, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva CB, Paula CC, Lopes LFD, Harzheim E, Magnago TSBS, Schimith MD. Health care for children and adolescents with HIV: a comparison of services. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(3):489-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690315i>

Submissão: 25-03-2015

Aprovação: 04-11-2015

RESUMO

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

Descritores: Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; HIV.

ABSTRACT

Objective: compare the quality of different types of health care for children and adolescents with HIV, in the experience of family members and caregivers. **Method:** a cross-sectional study was conducted with 71 family members and caregivers, using the children's version of the Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil). The Mann-Whitney or Student's t-test and Pearson's chi-square or Fisher's exact test were used for the analysis. **Results:** primary care services and, predominantly, specialized HIV services, were identified as the regular health care sources. There were no significant differences in quality, since their scores were close to the ideal level. **Conclusion:** the attributes of these services need to be improved, which would entail reformulating their structural and performance aspects. In addition, it is imperative to recognize primary health care as an integral place for promoting the health of children and adolescents with HIV.

Descriptors: Child Health; Adolescent Health; Primary Health Care; Health Services Assessment; HIV.

RESUMEN

Objetivo: comparar la calidad de atención de salud de niños y adolescentes con HIV entre los tipos de servicio, según experiencia de familiares/cuidadores. **Método:** estudio transversal desarrollado con 71 familiares/cuidadores, utilizándose el Instrumento de Evaluación de la Atención Primaria (PCATool-Brasil), versión niños. Para el análisis, se aplicó Test de Mann-Whitney o T Student, y Chi-cuadrado de Pearson o Exacto de Fisher. **Resultados:** fueron considerados como fuente regular de atención los servicios de Atención Primaria de Salud y, majoritariamente, el servicio especializado en HIV. No existieron diferencias significativas entre la calidad de ambos, alcanzando ellos puntajes cercanos al ideal. **Conclusión:** se evidencia la

necesidad de mejorar sus atributos, lo cual implica reformulaciones de sus aspectos de estructura y desempeño. Además, el imperativo el reconocimiento de la Atención Primaria de Salud como espacio integrante de la promoción de salud de los niños y adolescentes con HIV.

Descritores: Salud del Niño; Salud del Adolescente; Atención Primaria de Salud; Evaluación de Servicios de Salud; HIV.

AUTOR CORRESPONDENTE Clarissa Bohrer da Silva E-mail: clabohrer@gmail.com

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

dos serviços e promover melhores indicadores de saúde, maior satisfação e menores custos⁽⁸⁾.

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

MÉTODO

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

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

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

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

avaliação de quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da APS, ou seja, a sua qualidade. O instrumento é composto por uma escala Likert, sendo que as respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza, sim” (valor=4), “provavelmente, sim” (valor=3), “provavelmente, não” (valor=2), “com certeza, não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). Sendo possível construir escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo⁽⁹⁾.

O tipo de serviço preferencial para a atenção à saúde da criança e do adolescente foi definido pelo familiar/cuidador com base na aplicação de três perguntas iniciais contidas no PCATool-Brasil que estabelecem o Grau de Afiliação: referente ao serviço de saúde que procura diante de uma necessidade da criança/adolescente; aquele que conhece melhor a criança/adolescente; e que é mais responsável pelo atendimento de saúde da criança/adolescente⁽⁶⁾. O restante do instrumento foi respondido considerando o serviço referido no Grau de Afiliação. Para a análise dos dados, as respostas foram categorizadas em “serviço especializado ao HIV” e “serviço de APS”. Como APS foram considerados os serviços: Unidade Básica de Saúde e Estratégia de Saúde da Família.

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

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

Para a análise de associação das variáveis (sociodemográficas, clínicas e de utilização do serviço) ao serviço que assistia regularmente a criança e o adolescente, utilizou-se o Teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher. Para a comparação das médias de cada atributo entre os tipos de serviço, foi utilizado o Teste de Mann-Whitney ou t Student. Para a análise das proporções, foi utilizado o Teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher, buscando identificar as variáveis (sociodemográficas, clínicas e de utilização dos serviços de saúde) que poderiam estar associadas à qualidade da

atenção do serviço referido como fonte regular de atenção à saúde. Dessa forma, o grupo foi dicotomizado em relação ao escore atribuído, por meio de alto ou satisfatório ($\geq 6,6$) e baixo ($< 6,6$) escore. O nível de significância assumido nos testes foi de 5%.

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

RESULTADOS

Dentre os 71 participantes do estudo, 56 apontaram o serviço especializado como a fonte regular de atenção à saúde. Destaca-se que o serviço especializado foi apontado como o serviço geralmente procurado quando há um novo problema de saúde (43); como o serviço que melhor conhece a criança ou adolescente (45); e como o serviço mais responsável pela saúde da criança/adolescente com HIV (60). A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas, clínicas e de utilização dos serviços de saúde, segundo a fonte regular de atenção referida pelo familiar/cuidador.

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

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

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

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

Ao serem avaliadas as características da população associadas ao Escore Geral do serviço especializado, não foi evidenciada diferença estatística que pudesse ser associada ao alto escore. O mesmo ocorreu com o serviço de APS. Ou seja, nenhuma característica esteve associada ao alto escore tanto da APS quanto do serviço especializado, evidenciando que as características da população não interferiram na avaliação da atenção de ambos os serviços.

Tabela 1 – Características sociodemográficas, clínicas e de utilização dos serviços de crianças e adolescentes com HIV, segundo o tipo de serviço referido pelos familiares/cuidadores como fonte regular da atenção, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Variáveis	Total (N = 71)		Serviço especializado (n = 56)		Atenção Primária à Saúde (n = 15)		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Características sociodemográficas							
Idade da criança/adolescente							<0,001 [†]
Até 12 anos	35	49,0	35	62,5	0	0,0	
De 13 a 19 anos	36	51,0	21	37,5	15	100,0	
Município de procedência							0,079 [†]
Santa Maria	35	49,0	31	55,0	4	27,0	
Outros	36	51,0	25	45,0	11	73,0	
Cuidador principal							0,549*
Mãe	38	54,0	31	55,0	7	47,0	
Outros	33	46,0	25	45,0	8	53,0	
Renda (n = 69)							0,575*
Até 1.000 reais	37	54,0	28	52,0	9	60,0	
Acima de 1.000 reais	32	46,0	26	48,0	6	40,0	
Anos de estudo do familiar/cuidador							0,008 [†]
Até 6 anos	41	58,0	37	66,0	4	27,0	
Acima de 6 anos	30	42,0	19	34,0	11	73,0	
Características clínicas							
Como criança/adolescente adquiriu o HIV							1,000 [†]
Transmissão vertical	64	90,0	50	89,0	14	93,0	
Outros	7	10,0	6	11,0	1	7,0	
Tempo de descoberta de diagnóstico							0,009 [†]
Até 8,5 anos	36	51,0	33	59,0	3	20,0	
Acima de 8,5 anos	35	49,0	23	41,0	12	80,0	
Criança/adolescente faz tratamento medicamentoso							0,006 [†]
Não	5	7,0	1	2,0	4	27,0	
Sim	66	93,0	55	98,0	11	73,0	
Característica de utilização dos serviços							
Conhece serviço de saúde mais próximo da residência							1,000 [†]
Não	4	6,0	3	5,0	1	7,0	
Sim	67	94,0	53	95,0	14	93,0	
Tipo de serviço mais próximo da residência (N = 66)							1,000 [†]
APS	63	95,0	48	94,0	15	100,0	
Outros	3	5,0	3	6,0	0	0,0	
Leva no serviço mais próximo da residência							0,002 [†]
Não	40	56,0	37	66,0	3	20,0	
Sim	31	44,0	19	34,0	12	70,0	

Notas: *Teste Qui-quadrado de Pearson; [†]Teste exato de Fisher.

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

Atributos	Escore (0–10)										Valor de p^{**}
	Serviço especializado (n = 56)					Atenção Primária à Saúde (n = 15)					
	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	
Grau de afiliação [†]	8,15	2,10	10,00	3	10	8,00	2,10	6,67	3	10	0,763
Acesso de primeiro contato – utilização [†]	8,41	2,59	10,00	0	10	9,03	1,24	10,00	6	10	0,834
Acesso de primeiro contato – acessibilidade [†]	7,19	2,03	7,78	1	10	7,70	1,94	7,78	4	10	0,445
Longitudinalidade*	8,02	1,12	8,18	5	10	7,67	1,93	7,88	2	10	0,750
Coordenação – integração dos cuidados [†]	8,09	2,43	9,33	0	10	8,16	2,32	9,33	4	10	0,978
Coordenação – sistema de informações [†]	7,71	2,17	7,78	2	10	7,18	2,48	7,78	2	10	0,476
Integralidade – serviços disponíveis*	7,14	1,63	7,41	3	10	6,94	1,67	6,85	3	10	0,872
Integralidade – serviços prestados [†]	6,57	3,49	7,67	0	10	6,42	4,04	8,33	0	10	0,958
Orientação familiar [†]	5,21	2,93	5,28	0	10	4,48	3,54	4,44	0	10	0,449
Orientação comunitária [†]	2,53	3,18	1,67	0	10	1,92	3,33	0,00	0	10	0,310
Escore essencial*	7,02	1,43	7,22	4	9	6,93	1,63	6,45	4	9	0,459
Escore derivado [†]	3,67	2,37	3,33	0	10	3,07	3,04	2,22	0	10	0,178
Escore geral*	6,43	1,34	6,49	3	8	6,13	1,61	5,53	3	8	0,341

Notas: * Distribuição normal; † Distribuição assimétrica; ** Teste Mann-Whitney ou t Student; DP = Desvio padrão.

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

Variáveis	PCATool-Brasil						
	Serviço especializado (n = 56)			Serviço de Atenção Primária à Saúde (n = 15)			
	Alto escore geral (≥ 6,6)		Valor de p	Alto escore geral (≥ 6,6)		Valor de p	
	n	%		n	%		
Idade da criança/adolescente						0,094*	-
Até 12 anos	12	50,0	23	72,0	-	-	
De 13 a 19 anos	12	50,0	9	28,0	5	100,0	
Município proveniente						0,351*	0,230 [†]
Santa Maria	15	62,5	16	50,0	0	0,0	
Outros	9	37,5	16	50,0	5	100,0	

Continua

Tabela 3 (conclusão)

Variáveis	PCATool-Brasil									
	Serviço especializado (n = 56)				Serviço de Atenção Primária à Saúde (n = 15)					
	Alto escore geral (≥ 6,6)		Baixo escore geral (< 6,6)		Valor de p	Alto escore geral (≥ 6,6)		Baixo escore geral (< 6,6)		Valor de p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Como adquiriu o HIV					1,000 [†]					0,333 [†]
Transmissão vertical	21	87,5	29	91,0		4	80,0	10	100,0	
Outros	3	12,5	3	9,0		1	20,0	0	0,0	
Tempo de descoberta de diagnóstico					0,084*					0,505 [†]
Até 8,5 anos	11	46,0	22	69,0		0	0,0	3	30,0	
Acima de 8,5 anos	13	54,0	10	31,0		5	100,0	7	70,0	
Criança/adolescente faz tratamento					1,000 [†]					0,560 [†]
Não	0	0,0	1	3,0		2	40,0	2	20,0	
Sim	24	100,0	31	97,0		3	60,0	8	80,0	
Cuidador principal					0,698*					0,282 [†]
Mãe	14	58,0	17	53,0		1	20,0	6	60,0	
Outros	10	42,0	15	47,0		4	80,0	4	40,0	
Anos de estudo do familiar/cuidador					0,221*					0,230 [†]
Até 6 anos	18	75,0	19	59,0		0	0,0	4	40,0	
Acima de 6 anos	6	25,0	13	41,0		5	100,0	6	60,0	
Renda					0,967*					1,000 [†]
Até 1.000 reais	12	52,0	16	52,0		3	60,0	6	60,0	
Acima de 1.000 reais	11	48,0	15	48,0		2	40,0	4	40,0	
Conhece serviço de saúde mais próximo da residência					1,000 [†]					1,000 [†]
Não	1	4,00	2	6,0		0	0,00	1	10,0	
Sim	23	96,0	30	94,0		5	100,0	9	90,0	
Tipo de serviço mais próximo da residência					0,258 [†]					-
APS	21	100,0	27	90,0		5	100,0	10	100,0	
Outros	0	0,0	3	10,0		-	-	-	-	
Leva no serviço mais próximo da residência					0,103*					0,241*
Não	13	54,0	24	75,0		2	40,0	1	10,0	
Sim	11	46,0	8	25,0		3	60,0	9	90,0	

Notas: *Teste Qui-quadrado de Pearson; [†]Teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

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

Os achados relacionados às características sociodemográficas sinalizam para uma maior vulnerabilidade da população que utiliza o serviço especializado como fonte regular de atenção. Essa vulnerabilidade se refere à prevalência da faixa etária até 12 anos e a baixa escolaridade de seus familiares/cuidadores. Este resultado se assemelha a outro estudo, que reforça a tendência de pauperização da epidemia, com o aumento dos casos em indivíduos com baixa escolaridade a qual, também, é um marcador da

situação socioeconômica⁽¹⁴⁾. Quanto às características clínicas, constata-se que, entre aqueles que apontaram o serviço de APS como fonte regular da atenção, a maioria possuía maior tempo de descoberta de diagnóstico do que aqueles que referiram o serviço especializado e realizavam tratamento medicamentoso. Nesse sentido, ratifica-se a importância do compartilhamento do cuidado com a APS independentemente de se estar ou não realizando tratamento. Isso converge com estudo desenvolvido na África em que os usuários com doença menos avançada e clinicamente estável eram atendidos por equipes de APS e os demais, acompanhados no serviço especializado⁽¹⁵⁾.

No que se refere à utilização dos serviços, aqueles que referiram o serviço especializado não utilizam o serviço mais próximo da residência para a atenção à saúde das crianças e

adolescentes com HIV, corroborando o achado de outro estudo o qual afirma que o serviço de saúde mais próximo, geralmente, não é utilizado na promoção da saúde dessa população⁽¹⁶⁾. Em contraponto, em outras doenças infectocontagiosas, como a tuberculose, já vem sendo proposto o seu controle no âmbito da APS mediante a incorporação de ações de diagnóstico, tratamento e prevenção da doença⁽¹⁷⁾. Outras condições crônicas, como a hipertensão, também possuem o diagnóstico e controle como uma atribuição dos serviços de APS⁽¹⁸⁾. A dificuldade de implantação de ações para afiliação à APS de pessoas com HIV é justificada pela falta de preparo profissional para desenvolver a atenção a essa população e pelo estigma⁽¹⁹⁾.

Em relação aos escores de cada atributo entre os serviços identificados como fonte regular de atenção pelos familiares/cuidadores, destaca-se que a maioria dos atributos avaliados obtiveram altos escores. No atributo Acesso de Primeiro Contato, os escores foram satisfatórios e semelhantes entre os serviços, indicando que esta população tem conseguido acesso aos serviços de saúde. O componente de estrutura “acessibilidade” e o de utilização “acesso” obtiveram maior escore na APS, divergente dos resultados de estudos que avaliaram a APS junto à população em geral e que obtiveram os mais baixos escores⁽²⁰⁻²¹⁾. Isso pode ser justificado devido a APS estar, muitas vezes, mais próxima dos usuários do que o serviço especializado podendo, essa, ser o serviço de primeira procura⁽²¹⁾.

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

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

Na análise do atributo Integralidade, verificou-se que o componente “serviços disponíveis” obteve escore satisfatório em

ambos os serviços, o que demonstra que os familiares/cuidadores acreditam que os serviços disponibilizam atendimento às necessidades básicas de saúde da população, incluindo insumos como vacinas e medicamentos. Entretanto, por sua vez, o componente “serviços prestados” obteve valores aquém do considerado ideal, evidenciando a necessidade de investimento nas ações de promoção e prevenção, para que sejam efetivamente executadas pelos serviços de saúde. Estudo aponta que os profissionais da APS relatam obstáculos para o atendimento às pessoas com HIV, como a sobrecarga de trabalho, a falta de privacidade para atendimento nos serviços e o estigma^(13,19,23). Os profissionais devem ser capacitados quanto ao diagnóstico precoce, aspectos clínicos, doenças associadas ao HIV, tratamento e necessidade de encaminhar os usuários aos serviços especializados⁽¹³⁾.

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

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

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

A análise dos resultados permite inferir que os familiares/cuidadores percebem aspectos positivos da assistência

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

CONCLUSÃO

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

Sugere-se que as crianças e os adolescentes com HIV sejam encaminhados aos especialistas, porém continuem frequentando os serviços de APS para sua condição crônica e para as demais demandas em saúde, implicando tanto na longitudinalidade quanto na coordenação da atenção. Os serviços deveriam determinar as atribuições para atender as demandas de saúde desta população e deliberar quando o encaminhamento é indicado. O serviço especializado desenvolve o cuidado específico à doença, abrangendo as demandas clínicas e terapêuticas, porém é papel da APS a coordenação da atenção e o acompanhamento do usuário na sua comunidade visando à promoção da sua saúde. Nesta perspectiva, é imperativa a

integração entre os serviços, que pode ser estabelecida por meio de um fluxo de usuários no sistema de saúde.

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

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

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

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Villarinho MV, Padilha MI, Berardinelli LMM, Borenstein MS, Meirelles BHS, Andrade SR. [Public health policies facing the epidemic of AIDS and the assistance for people with the disease]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013[cited 2014 Jun 20];6(2):271-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/18.pdf> Portuguese.
3. Palácio MB, Figueiredo MAC, Souza LB. O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde. *Psico* (Porto Alegre) [Internet]. Porto Alegre, 2012[cited 2014 Jun 20];43(3):350-67. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/te/ojs/index.php/revistapsico/article/view/9816/8237>
4. Cunha EM, Giovanella L. [Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system]. *Ciênc Saúde Colet* [Internet].

- 2011[cited 2014 Jun 20];16(Sup1):1029-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf> Portuguese.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Caderno de boas práticas em HIV/AIDS na atenção básica. Brasília: 2014.
 6. Ferreira FC, Nichiata LYI. Women living with aids and the family health program professionals: disclosing the diagnosis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. São Paulo, 2008[cited 2014 Jun 12];42(3):483-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/en_v42n3a09.pdf
 7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 80 p.
 9. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2013[cited 2014 May 12];21(2):554-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/0104-1169-rlae-21-02-0554.pdf>
 10. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO-Ministério da Saúde; 2002. 726p.
 11. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. [Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006[cited 2014 Jun 20];22(8):1649-59. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf> Portuguese.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução N°196, de 10 de outubro de 1996. 2. ed. Brasília, 2003. 64p.
 13. Silva LMS, Guimarães TA, Pereira MLD, Miranda KCL, Oliveira EN. [Integration in Health: Evaluating Articulation and Co-Responsibility between the Family Health Program and Specialized Assistance Service]. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2005[cited 2014 Jun 20];14(2):97-104. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v14n2/v14n2a05.pdf> Portuguese.
 14. Souza CC, Mata LRF, Azevedo C, Gomes CRG, Cruz GECP, Toffano SEM. Interiorização do HIV/AIDS no Brasil: um estudo epidemiológico. *Rev Bras Ciênc Saúde* [Internet]. 2013[cited 2014 Jun 20];11(35):25-30. Available from: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1798/1380
 15. Brennan AT, Long L, Maskew M, Sanne I, Jaffray I, MacPhail P, et al. Outcomes of stable HIV-positive patients down-referred from a doctor-managed antiretroviral therapy clinic to a nurse-managed primary health clinic for monitoring and treatment. *AIDS* [Internet]. 2011[cited 2014 Apr 12];25(16):2027-36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3669640/pdf/nihms-446164.pdf>
 16. Barbosa SM, Costa PNP, Vieira NFC. Comportamento dos pais em relação à comunicação com os filhos adolescentes sobre prevenção de HIV/AIDS. *Rev RENE* [Internet]. Fortaleza, 2008[cited 2014 May 20];9(1):96-102. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/527/pdf>
 17. Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Gonzales RIC, Netto AR, et al. Performance of primary healthcare services in tuberculosis control. *Rev Saúde Públ* [Internet]. 2009[cited 2014 Jun 12];43(5):825-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/en_265.pdf
 18. Rabetti AC, Freitas SFT. Evaluation of actions concerning systemic arterial hypertension in primary healthcare. *Rev Saúde Públ* [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 12];45(2):258-68. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/en_2141.pdf
 19. Mugala N, Mutale W, Kalesha P, Sinyinza E. Barriers to implementation of the HIV guidelines in the IMCI algorithm among IMCI trained health workers in Zambia. *BMC Pediatrics* [Internet]. 2010[cited 2014 Jun 12];10(93):[7 pages]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-10-93.pdf>
 20. Almeida PF, Fausto MCR, Giovannella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a ordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 20];29(2):84-95. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>
 21. Oliveira IBN. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009[cited 2014 Jun 20];25(Sup 2):S259-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/08.pdf>
 22. Guimarães MDC. [Vulnerability and HIV]. *Rev Méd Minas Gerais* [Internet]. 2013[cited 2014 Jun 12];23(4):409-11. Available from: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/402> Portuguese.
 23. Acioli S, Heringer A, Oliveira DC, Gomes AMT, Costa TL, Formozo GA. Produção científica sobre a prática do enfermeiro frente à AIDS na atenção básica de saúde. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2007[cited 2014 Jun 20];15(3):400-5. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a13.pdf>
 24. Potrich T, Paula CC, Padoin SMM, Silva CB. Cuidado familiar na adesão à terapia antirretroviral em crianças com HIV/AIDS. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2013[cited 2014 Jun 20];18(2):379-86. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/32589/20705>
 25. Lima ICV, Galvão MTG, Paiva SS, Brito DMS. Ações de promoção da saúde em serviço de assistência ambulatorial especializada em HIV/AIDS. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 20];10(3):556-63. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13193/pdf>
 26. Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2008[cited 2014 Jun 20];7(2):241-7. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5012/3247>

27. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 20];11(3):323-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3.pdf>
 28. Meirelles BHS, Silva DMGV, Vieira FMA, Souza SS, Coelho IZ, Batista R. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. Rev RENE [Internet]. Fortaleza, 2010[cited 2014 Jun 20];11(3):68-76. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_pdf/a07v11n3.pdf
-