

Oferta de ações e serviços de saúde para o manejo do HIV/aids, sob a perspectiva dos usuários

PROVISION OF HEALTH CARE ACTIONS AND SERVICES FOR THE MANAGEMENT OF HIV/AIDS FROM THE USERS' PERSPECTIVE

OFERTA DE ACCIONES Y SERVICIOS DE SALUD PARA EL MANEJO DEL VIH/SIDA, BAJO LA PERSPECTIVA DE LOS DROGADICTOS

Luana A. Figueiredo¹, Lívia M. Lopes¹, Gabriela T. Magnabosco¹, Rubia Laine de P. Andrade², Mayara F. Faria³, Vanessa C. Goulart⁴, Lucia M. Scatena⁵, Jordana de A. Nogueira⁶, Ione C. Pinto⁷, Ricardo A. Arcencio⁸, Pedro F. Palha⁹, Tereza Cristina S. Villa¹⁰, Aline A. Monroe¹¹

RESUMO

Objetivo: Analisar a oferta de ações nos serviços de saúde que prestam assistência às pessoas que vivem com aids em acompanhamento nos serviços especializados do município de Ribeirão Preto-SP. **Método:** Estudo descritivo, exploratório, do tipo inquérito. Foram realizadas entrevistas com questionário estruturado e análise dos dados por meio de estatísticas descritivas. **Resultados:** A oferta de ações e serviços de saúde é vista como regular. Para os 301 sujeitos, o atendimento de rotina pela equipe de referência; exames laboratoriais e disponibilização de antirretrovirais, vacinas e preservativos obtiveram avaliação *satisfatória*. Avaliadas como *regulares* a oferta de exames para prevenção e diagnóstico de comorbidades, e *insatisfatória* a oferta de atendimento especializado por outros profissionais; de grupos de apoio psicossocial e medicamentos preventivos de efeito colateral dos antirretrovirais. **Conclusão:** Debilidades permeiam o acompanhamento e a gestão do cuidado, com predomínio do enfoque biologicista, médico-centrado, no qual o controle clínico e o acesso a Terapia Antirretroviral constituem-se como o foco essencial da assistência prestada.

DESCRIPTORIOS

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Terapia antirretroviral de alta atividade
Serviços de Saúde
Assistência Integral à Saúde
Equipe de Assistência ao Paciente

ABSTRACT

Objective: To analyse the provision of health care actions and services for people living with AIDS and receiving specialised care in Ribeirão Preto, SP. **Method:** A descriptive, exploratory, survey-type study that consisted of interviews with structured questionnaires and data analysis using descriptive statistics. **Results:** The provision of health care actions and services is perceived as *fair*. For the 301 subjects, routine care provided by the reference team, laboratory tests and the availability of antiretroviral drugs, vaccines and condoms obtained *satisfactory* evaluations. The provision of tests for the prevention and diagnosis of comorbidities was assessed as *fair*, whereas the provisions of specialised care by other professionals, psychosocial support groups and medicines for the prevention of antiretroviral side effects were assessed as *unsatisfactory*. **Conclusion:** Shortcomings were observed in follow-up and care management along with a predominantly biological, doctor-centred focus in which clinical control and access to antiretroviral therapy comprise the essential focus of the care provided.

DESCRIPTORS

Acquired Immunodeficiency Syndrome
Antiretroviral therapy, highly active
Health Services
Comprehensive Health Care
Patient Care Team

RESUMEN

Objetivo: Analizar la oferta de acciones en los servicios de salud que prestan asistencia a las personas que viven con SIDA en el seguimiento de los servicios especializados del municipio de Ribeirão Preto-SP. **Método:** Estudio descriptivo, exploratorio, del tipo encuesta. Se llevaron a cabo entrevistas con cuestionario estructurado y análisis de datos por medio de estadísticas descriptivas. **Resultados:** La oferta de acciones y servicios de salud se la ve como regular. Para los 301 sujetos, la atención de rutina por el equipo de referencia; exámenes de laboratorio y facilitación de antirretrovirales, vacunas y preservativos obtuvieron evaluación *satisfactoria*. Evaluadas como *regular* la oferta de exámenes para la prevención y el diagnóstico de comorbilidades, e *insatisfactoria* la oferta de atención especializada por otros profesionales; de grupos de apoyo psicossocial y fármacos preventivos de efecto colateral de los antirretrovirales. **Conclusión:** Debilidades permean el seguimiento y la gestión del cuidado, con predominio del enfoque biologicista, centrado en el médico, en el que el control clínico y el acceso a la Terapia Antirretroviral se constituyen como el enfoque esencial de la asistencia prestada.

DESCRIPTORIOS

Síndrome de Imunodeficiencia Adquirida
Terapia antirretroviral altamente activa
Servicios de Salud
Atención Integral de la Salud
Grupo de Atención al Paciente

¹ Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ² Doutora, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ³ Mestranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ⁴ Enfermeira, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ⁵ Professora Adjunta, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. ⁶ Professora Associada, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. ⁷ Professora Associada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ⁸ Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ⁹ Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ¹⁰ Professora Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ¹¹ Professora Doutora, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A compreensão da dinâmica de doenças como o HIV/aids supera a mera apreensão de suas taxas epidemiológicas, uma vez que inclui também a interface e as inter-relações entre as condições de vida e as dinâmicas socio-sanitárias e políticas instituídas em determinados territórios, emergindo, deste modo, grupos populacionais em diferentes, complexas e ao mesmo tempo singulares condições de vulnerabilidade sob a responsabilidade de unidades assistenciais especializadas. Nesse sentido, conceber as transformações sociais e as novas tendências que vêm apresentando a epidemia do HIV/aids no Brasil⁽¹⁻³⁾, atreladas ao desenvolvimento do perfil crônico-degenerativo assumido pela doença, cada vez mais, impõem desafios para o adequado manejo do agravo pelo setor saúde.

Parte-se do eixo teórico que o HIV/aids, apesar de ser uma doença infecciosa e transmissível, é caracterizada como uma condição crônica⁽⁴⁻⁶⁾ em função de sua persistência no tempo, necessitando de uma rede de atenção à saúde integrada e capaz de proporcionar um certo nível de cuidados permanentes e sustentáveis, mediante a utilização de estratégias adequadas para sua prevenção e gerenciamento. Salienta-se que a concepção do termo manejo, no presente estudo, transcende a dimensão de *manuseio* simplório que pode vir incorporada à sua apreensão, uma vez que, do ponto de vista sistêmico, engloba os conhecimentos e as habilidades técnicas, gerenciais e políticas necessárias para transformar as principais demandas populacionais em ações e serviços coerentes, otimizados e resolutivos⁽⁷⁾.

Dentre os avanços e prioridades políticas configuradas no cenário brasileiro para o manejo do HIV/aids, merecem destaque: garantia de acesso universal ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno; identificação precoce de manifestações oportunistas para o adequado manejo clínico; o aperfeiçoamento dos medicamentos atuais visando à redução dos efeitos adversos, de modo a contribuir para a adesão dos indivíduos acometidos pelo agravo ao processo terapêutico e ampliação das ações de prevenção voltadas para a comunidade, principalmente aos grupos considerados vulneráveis⁽⁷⁻⁸⁾.

Entretanto, os resultados positivos na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) dependem de uma rede de serviços diversificada, de diferentes complexidades, que visam à promoção da saúde por meio, sobretudo, do cuidado clínico articulado ao suporte diagnóstico⁽⁹⁾, pensando aqui que os cuidados clínicos estão para além da assistência médica que por muitas vezes privilegia o controle da evolução do HIV no organismo. Nesta perspectiva, a interação com outras categorias profissionais contribuiria para o reconhecimento das necessidades de cada indivíduo, resultando na oferta de uma assistência ampliada e integrada⁽⁹⁾.

Nesse contexto, urge a necessidade de fortalecimento da rede de atenção à saúde e seus profissionais, não

apenas para o manejo da doença, que é complexa do ponto de vista biológico, mas, sobretudo, na perspectiva do cuidado prestado às PVHA e suas demandas biopsicossociais que emergem no processo de atenção, ou seja, na interface usuário-profissional.

Dessa forma, os avanços programáticos brasileiros, relacionados ao controle da epidemia do HIV/aids buscam a garantia de oferecimento de ações e serviços de saúde voltados para o adequado manejo clínico às PVHA⁽¹⁰⁾. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar a oferta de ações nos serviços de saúde que prestam assistência às PVHA em acompanhamento pelos ambulatórios de DST/aids do município de Ribeirão Preto-SP.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, do tipo inquérito, realizado no município de Ribeirão Preto-SP, cuja população estimada em 2011 era de 614.759 habitantes⁽¹¹⁾. A atenção à saúde no município é dividida em cinco distritos sanitários (Norte, Sul, Central Leste e Oeste), e que cada um conta com um Serviço de Assistência Especializada (SAE), os quais integram o Programa de HIV/aids. Desta forma, a *atenção às PVHA* é prestada pelos referidos serviços em nível secundário e de forma centralizada, com equipes especializadas, responsáveis também pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica (SAD) e pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). O município conta, ainda, com a retaguarda de um Hospital Universitário para o atendimento dos casos graves, em nível terciário, que necessitam de internação⁽¹²⁾.

A população do estudo foi constituída pelas PVHA que estavam em acompanhamento nos SAE do município. Foram utilizados como critérios de inclusão na pesquisa: casos confirmados de aids com Terapia antirretroviral (TARV) instituída há mais de seis meses; indivíduos residentes no município de Ribeirão Preto, não pertencentes ao sistema prisional; idade igual ou superior a 18 anos. Vale ressaltar que se considerou como *caso de aids* aquele indivíduo diagnosticado e em seguimento nos ambulatórios, *que se enquadra nas seguintes definições adotadas pelo Ministério da Saúde: 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)*⁽¹³⁾.

Em janeiro de 2011, 1.389 casos estavam em acompanhamento no município, sendo 249 pelo Ambulatório Central, 249 pelo Norte; 374 pelo Oeste; 374 pelo Sul; e 143 pelo Leste. Optou-se pela utilização das letras A, B, C, D e E para designar os ambulatórios especializados do Programa DST/aids e hepatites virais da rede municipal de saúde, com o intuito de preservar a identidade dos mesmos. Ressalta-se que os cinco SAE apresentavam configurações heterogêneas no que tange à composição das equipes de referência, disponibilidade de outras categorias profissionais, infraestrutura predial (acopladas ou não

a outros serviços de saúde), organização do espaço físico, funcionamento (dias/horários/semana), número de usuários em acompanhamento, realização de consultas/dia/mês, localização geográfica/acessibilidade e inserção em distritos sanitários com diferentes perfis populacionais, áreas com maior/menor vulnerabilidade social. Procedeu-se à aproximação, reconhecimento e caracterização dos cenários tendo o instrumento de *Avaliação da Qualidade da Assistência Ambulatorial nos Serviços Públicos de Atenção à Aids no Brasil* como eixo norteador⁽¹⁴⁾.

Para o cálculo do tamanho da amostra, admitiu-se que 95% das estimativas poderiam diferir do valor populacional desconhecido P por no máximo 5%, isto é, o valor absoluto de α igual a 0,05, sob nível de confiança de 95%. Adotou-se o valor antecipado para P igual a 0,50. Assim, o número mínimo de doentes foi determinado pela expressão $n^*=(P \times Q)/V(p)$, resultando em 384,16. O tamanho da amostra n foi corrigido para a população (n=301) e para uma perda potencial de 5%, resultando em 317 indivíduos a serem abordados para entrevista.

O processo de amostragem foi realizado através da estratificação com partilha proporcional segundo o serviço de saúde que acompanhava o caso e amostragem por conveniência. Desta forma, foram entrevistados 54 indivíduos

pelo Ambulatório A, 54 indivíduos em acompanhamento pelo Centro de Referência B; 81 pelo Ambulatório C; 81 pelo Centro de Referência D e 33 pelo Ambulatório E. Ressalta-se que foi possível a inclusão de 301 indivíduos na amostra, uma vez que 16 indivíduos se recusaram a participar do estudo, tendo como principal argumento a falta de tempo.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado e elaborado com base nos seguintes materiais: Avaliação da qualidade da assistência ambulatorial nos serviços públicos de assistência ambulatorial nos serviços públicos de atenção à aids no Brasil⁽¹⁴⁾, Recomendações do Ministério da Saúde para TARV em adultos infectados pelo HIV(7), protocolo de acompanhamento ambulatorial do paciente com HIV/aids da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais⁽¹⁵⁾ e Metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do SUS⁽¹⁶⁾.

Desse questionário foram selecionadas variáveis relacionadas à oferta de ações nos serviços de saúde, ancoradas conceitualmente na dimensão *elenco de serviços*⁽¹⁷⁾ (Quadro 1). Tais variáveis continham uma escala de possibilidades preestabelecida (Likert) com valor entre *um* e *cinco*, cuja resposta mais favorável correspondia ao valor mais alto.

Quadro 1 - Variáveis de oferta de ações de saúde utilizadas no estudo segundo a seção do instrumento de coleta de dados e categorias de respostas – Ribeirão Preto, 2012

| Oferta de ações e serviços de saúde | Variáveis | Categorias de respostas* |
|---|---|-------------------------------|
| Atendimentos de rotina e complementares pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento | V1 – Consulta médica de rotina | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V2 – Consulta com equipe de enfermagem | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V3 – Consultas em caso de intercorrência | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V4 – Apoio psicológico | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V5 – Avaliação da função auditiva | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V6 – Avaliação dermatológica | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V7 – Visita domiciliar | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V8 – Grupos de apoio | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V9 – Avaliação de saúde do parceiro/familiares | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| Atendimentos complementares pelas equipes multiprofissionais de outros serviços de saúde | V10 – Apoio com psicólogo/psiquiatra | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V11 – Atendimento com assistente social | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V12 – Atendimento ginecológico | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V13 – Atendimento odontológico | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V14 – Avaliação auditiva com fonoaudiólogo | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V15 – Avaliação dermatológica com dermatologista | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| Orientações pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos | V16 – Participação em ONGs | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V17 – Sobre planejamento familiar | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V18 – Sobre sexualidade e uso de preservativos | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V19 – Sobre alimentação e nutrição | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V20 – Sobre o uso correto das medicações | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V21 – Sobre efeito colateral e uso dos medicamentos | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V22 – Sobre álcool, cigarro e demais drogas | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V23 – Sobre critérios e processo para solicitar benefícios do governo | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V24 – Sobre vacinas | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |

Continua...

Continuação...

| Oferta de ações e serviços de saúde | Variáveis | Categorias de respostas* |
|--|---|-------------------------------|
| Insumos pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos | V25 – Vacinas | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V26 – Antirretrovirais | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V27 – Medicamentos para prevenir ou diminuir os efeitos colaterais da Terapia Antirretroviral | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V28 – Medicamentos para prevenir doenças oportunistas | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V29 – Preservativos | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| Solicitação de exames pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos. | V30 – Exames para contagem de linfócitos T-CD4+ | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V31 – Exames para verificação da carga viral | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V32 – Solicitação de raio-x a partir dos sintomas sugestivos de tuberculose | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V33 – Solicitação de exame de escarro a partir dos sintomas sugestivos de tuberculose | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |
| | V34 – Prova tuberculínica (anualmente) | () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 |

Observação: *Foi utilizada a escala de Likert, com valores entre *um e cinco*, cujas respostas correspondiam a: 1 = Nunca; 2 = Quase nunca; 3 = Às vezes; 4 = Quase sempre; 5 = Sempre.

A coleta de dados foi realizada no período de julho de 2011 a fevereiro de 2012. As entrevistas foram realizadas nos locais de atendimento, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados coletados foram analisados através do programa *Statistica*, versão 9.0 da *Statsoft*. Para analisar a oferta das ações e serviços prestados às PVHA foi calculado o valor médio a partir de todas as respostas de cada indicador da dimensão *elenco de serviços*, designado Indicador Composto (IC) para a oferta das ações e serviços de saúde para o município e para cada SAE. Em seguida, foram construídos indicadores a partir das variáveis selecionadas para o estudo. O indicador criado correspondia ao valor médio obtido pela somatória de todas as respostas de todos os entrevistados para cada pergunta e dividido pelo total de respondentes, sendo estes categorizados em *satisfatórios* (valores médios próximos de 4 e 5), *regular* (valor médio próximo de 3) e *insatisfatórios* (valores médios próximos de 1 e 2).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, conforme protocolo n.º 1215/2010.

RESULTADOS

A partir da somatória dos valores médios de todos os indicadores da dimensão *elenco de serviços*, calculou-se

Tabela 1 - Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão *elenco de serviços* relacionados à oferta de atendimentos de rotina e complementares pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos - Ribeirão Preto, SP, jul. 2001 a fev. 2012

| Variável de oferta | Média | Intervalo de Confiança |
|---|-------|------------------------|
| Consulta médica de rotina | 4,97 | 4,94 – 4,99 |
| Consulta com equipe de enfermagem | 4,84 | 4,76 – 4,92 |
| Consultas em caso de intercorrência | 3,90 | 3,73 – 4,09 |
| Apoio psicológico | 3,55 | 3,35 – 3,76 |
| Avaliação da função auditiva | 1,67 | 1,51 – 1,84 |
| Avaliação dermatológica | 3,09 | 2,87 – 3,29 |
| Visita domiciliar | 1,25 | 1,15 – 1,35 |
| Grupos de apoio | 2,63 | 2,43 – 2,82 |
| Avaliação da situação de saúde do parceiro/familiares | 2,38 | 2,17 – 2,58 |

o IC para a oferta das ações e serviços de saúde, a qual obteve média geral de 3,32, ou seja, classificação regular no município estudado.

Da mesma maneira foi calculado um IC para cada ambulatório do município, sendo a média por ambulatório respectivamente A=3,40; B=3,43; C=3,02; D=3,54; E=3,23. Percebe-se pequena variabilidade entre os IC, com classificação regular em quatro dos cinco ambulatórios, (A, B, C e E) e um ambulatório com classificação satisfatória, porém com média próxima aos outros (D). O ambulatório com menor média para oferta de ações e serviços de saúde à PVHA foi o C.

De acordo com os 301 indivíduos entrevistados, no que tange a oferta de atendimentos de rotina e complementares pela equipe de referência, responsável pelo acompanhamento dos casos, os indicadores de oferta de consulta médica de rotina e de enfermagem foram melhores avaliados e, juntamente com os indicadores consulta em caso de intercorrência e avaliação dermatológica, apresentaram desempenho satisfatório. Já os indicadores oferecimento de apoio psicológico, avaliação da função auditiva, visita domiciliar, avaliação da situação de saúde do parceiro/familiares e oferta de grupos de apoio foram tidos como insatisfatórios, sendo este último o que apresentou pior desempenho (Tabela 1).

Em relação à oferta de atendimentos especializados em outros serviços de saúde, a maioria dos indicadores teve avaliação insatisfatória, com exceção do *atendimento ginecológico*, cujo desempenho foi considerado satisfatório. Ressalta-se que, dentre os entrevistados, 50,8% eram do sexo feminino e o atendimento ginecológico, na maioria das vezes, era oferecido por dois SAE, destacando que uma baixa proporção de usuárias utilizava serviços de atenção básica da rede municipal para tal atendimento (3,0%).

Entre os indicadores tidos como insatisfatórios, a oferta da *avaliação auditiva com fonoaudiólogo* apresentou a pior avaliação (Tabela 2).

No que se refere à oferta de orientações pela equipe de referência, a maior parte dos indicadores foram considerados satisfatórios, entretanto, o oferecimento de informações pertinentes às Organizações Não-Governamentais atuantes no município, orientações sobre planejamento familiar e critérios e procedimentos para solicitação de benefícios governamentais foram avaliados como insatisfatórios (Tabela 3).

Tabela 2 - Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionados à oferta de atendimentos complementares pelas equipes multiprofissionais de outros serviços de saúde - Ribeirão Preto, SP, jul. 2011 a fev. 2012

| Variável de oferta | Média | Intervalo de Confiança |
|--|-------|------------------------|
| Apoio com psicólogo/psiquiatra | 2,23 | 2,04 – 2,42 |
| Atendimento com assistente social | 2,57 | 2,04 – 2,77 |
| Atendimento ginecológico | 4,11 | 2,04 – 4,35 |
| Atendimento odontológico | 2,30 | 2,04 – 2,49 |
| Avaliação da função auditiva com fonoaudiólogo | 1,13 | 2,04 – 1,21 |
| Avaliação dermatológica com dermatologista | 1,91 | 1,73 – 2,08 |

Tabela 3 - Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionados à oferta de orientações pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos - Ribeirão Preto, SP, jul. 2011 a fev. 2012

| Variável de oferta | Média | Intervalo de Confiança |
|---|-------|------------------------|
| Para a participação em ONGs | 2,07 | 1,90 – 2,24 |
| Sobre planejamento familiar | 1,94 | 1,75 – 2,13 |
| Sobre sexualidade e uso de preservativos; | 4,46 | 4,32 – 4,59 |
| Sobre alimentação e nutrição | 3,94 | 3,76 – 4,13 |
| Sobre o uso correto das medicações | 4,87 | 4,81 – 4,93 |
| Sobre efeito colateral e uso dos medicamentos | 4,31 | 4,16 – 4,46 |
| Sobre álcool, cigarro e demais drogas | 4,07 | 3,80 – 4,24 |
| Sobre solicitação de benefícios do governo | 2,55 | 2,34 – 2,75 |
| Sobre vacinas | 4,72 | 4,62 – 4,82 |

Quanto aos insumos oferecidos pela equipe de referência, encontrou-se que os indicadores oferta de vacinas, antirretrovirais e preservativos foram avaliados satisfatoriamente, enquanto os indicadores relacionados à oferta de medicamentos para prevenir ou minimizar efeitos colaterais da TARV e aparecimento de doenças oportunistas foram considerados insatisfatórios (Tabela 4).

Encontraram-se como satisfatórios os indicadores referentes à oferta e solicitação de exames de sangue, conforme protocolos de manejo do caso (exames para

contagem de linfócitos T-CD4+, carga viral). Quanto à oferta de exames a partir da presença de sinais e sintomas sugestivos de tuberculose (TB), os indicadores de oferta/solicitação de Raio-X e prova tuberculínica obtiveram avaliação regular; sendo a oferta/solicitação de exame de escarro avaliada como insatisfatória, ou seja, nunca ou quase nunca tal exame foi solicitado (Tabela 5). Convém destacar que 17% dos entrevistados referiram sentir a necessidade de realização do exame de Raio-X e 6,5% da baciloscopia de escarro, em razão da presença de sinais/sintomas compatíveis com a TB.

Tabela 4 - Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionados à oferta de insumos pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos - Ribeirão Preto, SP, jul. 2011 a fev. 2012

| Variável de oferta | Média | Intervalo de Confiança |
|--|-------|------------------------|
| Vacinas | 4,70 | 4,59 – 4,80 |
| Antirretrovirais | 4,89 | 4,83 – 4,96 |
| Medicamentos para prevenir efeitos colaterais da Terapia Antirretroviral | 2,32 | 2,12 – 2,52 |
| Medicamentos para prevenir doenças oportunistas | 2,28 | 2,08 – 2,48 |
| Preservativos | 4,86 | 4,79 – 4,94 |

Tabela 5 - Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionados à oferta e solicitação de exames pela equipe de referência responsável pelo acompanhamento dos casos - Ribeirão Preto, SP, jul. 2011 a fev. 2012

| Variável de oferta | Média | Intervalo de Confiança |
|---|-------|------------------------|
| Exames para contagem de linfócitos T-CD4+ | 4,96 | 4,93 – 4,98 |
| Exames para verificação da carga viral | 4,96 | 4,93 – 4,98 |
| Raio-x quando sintomas de tuberculose | 3,25 | 3,04 – 3,45 |
| Exame de escarro quando sintomas de tuberculose | 2,43 | 2,23 – 2,63 |
| Prova tuberculínica (anualmente) | 3,22 | 3,023 – 3,43 |

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo apontam que a oferta de ações de saúde às PVHA pelos SAE do município, de uma forma geral, é vista como regular, independentemente do ambulatório.

Observa-se que no escopo de tais ações há um direcionamento da oferta voltado ao predomínio de atividades clínico-biológicas, envolvendo a estabilização da doença no indivíduo e prevenindo a disseminação do vírus. Dessa forma, a avaliação satisfatória por parte dos sujeitos para os indicadores referentes à oferta de consultas médicas e de enfermagem de rotina, consultas de intercorrência (Tabela 1); insumos, como medicamentos ARV, vacinas e preservativos (Tabela 4); e exames de sangue (Tabela 5) desvela a manutenção de um adequado manejo clínico do agravo daqueles indivíduos que estão em acompanhamento.

No entanto, observa-se a existência de lacunas nas atuações que remetem ao cuidado integral do usuário, uma vez que o estudo mostra que a oferta de ações e serviços relacionados às demais necessidades e demandas de saúde, para além do enfoque clínico e medicamentoso da doença, incluindo o diagnóstico e manejo de doenças oportunistas, foi classificada como insatisfatória (Tabelas 4 e 5).

Sabe-se que a TB se configura como a principal doença oportunista a acometer as PVHA⁽¹⁸⁾. A interação TB e HIV aumenta as taxas de infecção por ambas as enfermidades, nesse sentido, a integração entre ambos os programas para oferta de ações de diagnóstico e prevenção tanto da TB quanto do HIV refletem na melhoria do acesso dos usuários a um cuidado integral, favorecendo o controle das duas doenças⁽¹⁹⁾. No entanto, neste trabalho, a oferta do exame de Raio-X e Prova Tuberculínica se mostrou irregular e a solicitação de Baciloscopia de Escarro, para controle e prevenção da TB, nesta população, foi avaliada como insatisfatória (Tabela 5). Faz-se importante considerar que, pensar nesta assistência às PVHA significa refletir, também, sobre a incidência e prevalência de suas principais comorbidades. Nota-se, no entanto, que apesar do elevado porcentual de coinfeção do município, o qual registrou cifras próximas a 30% nos últimos anos⁽²⁰⁾, as práticas relacionadas à prevenção e ao controle do agravo são pouco consideradas pela equipe durante o acompanhamento dos casos.

Partindo-se de uma análise contextual, a composição das equipes nos SAE do município é diferente. No que se refere à equipe de enfermagem, todos os ambulatórios possuíam auxiliares/técnicos em todos os períodos, porém com relação aos enfermeiros, apenas dois SAE possuíam estes profissionais exclusivos para o programa, sendo que em um não há disponibilização do mesmo em período integral. Nas outras unidades, estes profissionais se dividem com outras demandas do serviço, como por exemplo, atuação em outros programas, atribuições administrativas, dentre outras. Vale ressaltar, ainda, que a consulta de enfermagem considerada pelos sujeitos desta pesquisa nesses SAE refere-se ao pré e pós-atendimento médico, com ações voltadas para a verificação do peso, estatura, pressão arterial, agendamento de exames e retorno.

Quanto à complexidade da doença, o enfoque assistencial às PVHA deve ser interdisciplinar (Tabela 2), pois a trajetória da doença impõe situações complicadas, ameaçadoras e de difícil manejo, como: estigma e discriminação, medicação com esquemas complexos, dificuldades na adesão ao tratamento, efeitos colaterais, consequências na vida sexual e reprodutiva, entre outras⁽⁸⁾.

Neste estudo, a oferta de medicamentos para prevenir os efeitos colaterais dos ARV foi avaliada como insatisfatória (Tabela 4). Sabe-se que a TARV traz efeitos colaterais danosos aos pacientes, como náusea, diarreia, vômitos, aumento dos níveis séricos de colesterol e triglicérides, e as lipodistrofias⁽²¹⁾, o que fragiliza a adesão ao tratamento e dificulta a sustentação do sucesso terapêutico. Assim, com a cronicidade do HIV/AIDS nos dias de hoje, minimizar os efeitos colaterais implica, também, melhorar a adesão ao tratamento e, como consequência, a qualidade de vida das PVHA.

Para tanto, a equipe profissional deve estar preparada para reconhecer as diferentes necessidades de saúde dessa população e coordenar a oferta de ações e serviços de saúde a serem disponibilizados pelos SAE ou em outros locais de saúde⁽²⁰⁾.

A classificação insatisfatória por parte dos usuários para indicadores como apoio psicológico, visita domiciliar, grupos de apoio (Tabela 1), informações referentes à participação em ONGs (Tabela 3) e atendimentos especializados em outros serviços, considerando assistência social, odontológica, dermatológica

e fonoaudióloga (Tabela 2) refletem as fragilidades das equipes dos SAE em ofertar a assistência a partir da rede de serviços de saúde para o adequado manejo do HIV/AIDS, mesmo o município contando com atividades prestadas por ONGs em diversas áreas sociais e de saúde, como apoio psicológico às PVHA e seus familiares, trabalhos de prevenção às DST/HIV/AIDS, atendimentos profissionais em fisioterapia, assistência social, psicologia e Casa Abrigo.

Em todos os SAE, o médico infectologista estava presente em pelo menos um período do dia, mas no que tange à assistência farmacêutica e ao serviço social, um SAE não possuía farmacêutico/auxiliares de farmácia e dois não contavam com assistente social. Além de que, quando tais profissionais estavam presentes na composição das equipes, não atuavam exclusivamente nos ambulatórios, atendendo toda a demanda das Unidades. Em nenhum dos ambulatórios havia a presença de psicólogo e/ou fonoaudiólogo, o que dificulta a atenção multiprofissional e fragiliza a atuação interdisciplinar.

Dessa forma, nota-se que a oferta de ações e serviços de saúde aos usuários portadores de aids é pautada em uma organização tecnológica que corrobora com a manutenção de um modelo assistencial médico centrado em aspectos que nem sempre coadunam com as necessidades de saúde dos usuários⁽²²⁾.

Nesta lógica, fica evidente que a equipe especializada possibilita o tratar, porém explora muito pouco a dimensão do cuidar em função da sobrecarga e responsabilização única dos acompanhamentos dos casos na rede de atenção⁽²³⁾. A limitação do serviço de saúde nessa etapa do cuidado resulta em um atendimento desarticulado das demandas emergentes e singulares, configurando um cuidado fragmentado, pouco resolutivo, deixando o indivíduo vulnerável a agravos preveníveis, reforçando a procura pelos serviços de emergência, interferindo em sua qualidade de vida e, em casos extremos, podendo diminuir o espaço de tempo entre o adoecimento e o óbito⁽¹⁷⁾.

Cabe ressaltar que a especificidade da doença não deve ser desconsiderada. O profissional médico especializado no agravo configura-se em um recurso de suma importância para a manutenção do cuidado, porém, o resultado dessa pesquisa explicita que a responsabilidade pelo cuidado pautado e estruturado apenas na figura de um único profissional sobrecarrega-o ao ponto de inviabilizar a resposta a todas as demandas exigidas pelas PVHA.

Nesse sentido, verifica-se a necessidade de buscar estratégias que favoreçam a atuação dos profissionais, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, agregando e articulando novos saberes de profissionais distintos ao serviço de saúde, pautados na lógica do trabalho em equipe integrado, com profissionais capacitados para lidar com a utilização de tecnologias centradas nas relações interpessoais, na busca do desenvolvimento de ações con-

juntas objetivando a resolutividade às demandas e necessidades provenientes de um agravo crônico⁽²⁴⁻²⁵⁾.

A complexidade tecnológica que se realiza no momento assistencial refere-se à interação entre os sujeitos, à organização do trabalho, ao exercício da interdisciplinaridade presente no trabalho em equipe, à contínua incorporação de novos saberes e práticas às ações de saúde. Da qualidade dessas diferentes dimensões do trabalho em saúde depende a integralidade das ações⁽²⁶⁾. Observouse, em estudo prévio realizado nos Estados Unidos, que a tecnologia de informação em saúde utilizada tanto entre os profissionais de uma equipe de saúde, quanto destes com outras equipes, bem como com os indivíduos em seguimento, constitui-se uma ferramenta fundamental no processo de coordenação e integração da assistência prestada, estando o seu uso associado às melhores taxas referentes à resposta da infecção pelo HIV devido à adesão e ao acompanhamento do tratamento, repercutindo no aumento da supressão do vírus, dos casos com baixa detecção viral, e conseqüentemente no incremento da qualidade de vida⁽²⁷⁾.

A diferença de conduta assistencial adotada se relaciona intimamente com os indicadores de satisfação, adesão ao tratamento e resultados laboratoriais favoráveis. Ou seja, o cuidado integral e integrado, planejado e executado ao longo do tempo e não de forma episódica, pode refletir em resultados mais plausíveis que extrapolam estimativas esperadas pelos programas de controle do HIV⁽²⁸⁾. Assim, urge a necessidade de transformação constante dos sistemas essencialmente reativos, fragmentados e episódicos, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, em um sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde⁽⁶⁾.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou que a oferta de ações e serviços às PVHA pelos SAE do município de Ribeirão Preto foi classificada como regular. Com relação às necessidades e demandas de saúde para além do enfoque clínico e medicamentoso da doença, a oferta obteve classificação insatisfatória.

Identificaram-se, assim, as debilidades que permeiam a sistemática de acompanhamento e gestão do cuidado prestado às PVHA, com predomínio do enfoque biológico, modelo médico-centrado, cujo controle clínico e o acesso à TARV constituem-se como o foco essencial da assistência prestada. Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, desafios são lançados aos serviços de saúde e a seus profissionais para o enfrentamento do HIV/aids, não apenas para garantir acesso universal e gratuito ao diagnóstico e tratamento medicamentoso, mas, sobretudo, para avançar na construção de um cuidado integral, integrado e resolutivo, compatível com as reais necessidades dos indivíduos, dada a complexidade da doença e sua configuração enquanto condição crônica.

REFERÊNCIAS

1. Santos NJS, Buchalla CM, Filipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2002 [citado 2013 maio 02];36(4):12-23. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n4s0/11159.pdf>
2. Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves MDS. Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. *J Bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2007 [citado 2013 maio 02];19(1):45-50. Disponível em: <http://www.dst.uff.br//revista19-1-2007/7.pdf>
3. Pottes FA, Brito AM, Gouveia GC, Araújo EC, Carneiro RM. AIDS e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(3):338-51.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo, 2003. Forjemos el futuro [Internet]. Ginebra: OMS; 2003 [citado 2013 maio 02]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1
5. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
6. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV. 7ª ed. Brasília; 2008.
8. Souza TRC. Impacto psicossocial da AIDS: enfrentando perdas... resignificando a vida. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS; 2008.
9. Fonseca AF. Políticas de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p.183-205.
10. Galvão J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. São Paulo: Editora 34; 2000.
11. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. População e estatísticas vitais: perfil municipal [Internet]. São Paulo: SEADE; 2014 [citado 2014 abr. 12]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>
12. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/AIDS e Hepatites Virais [Internet]. Ribeirão Preto; 2014 [citado 2014 maio 09]. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aids/i16indice.php>
13. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6ª ed. Brasília; 2005.
14. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais. Avaliação da qualidade da assistência ambulatorial nos serviços públicos de atenção à AIDS no Brasil [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2014 maio 09]. Disponível em: http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids/Questionario_Qualiaids_WEB.pdf
15. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Protocolo de Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com HIV/AIDS [Internet]. Belo Horizonte; 2013 [citado 2014 abr. 12]. Disponível em: www.fhemig.mg.gov.br/pt/protocolos-clinicos
16. Almeida CM, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: OPAS; 2006.
17. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
18. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Geneva; 2004. (WHO/HTM/TB/2004.331).
19. Ansa GA, Walley JD, Siddiqi K, Wei X. Delivering TB/HIV services in Ghana: a comparative study of service delivery models. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2014;108(9):560-7.
20. Brunello MEF, Chiaravalloti Neto F, Arcêncio RA, Andrade RLP, Magnabosco GT, Villa TCS. Áreas de vulnerabilidade para co-infecção HIV-AIDS/TB em Ribeirão Preto, SP. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(3):556-63.
21. Rachid M, Schechter M. Manual de HIV/AIDS. 8ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
22. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: OPAS; 2012.
23. Santos SMJ, Nobrega MML. Ações de enfermagem identificadas no Projeto CIPESC e utilizadas no cuidado de pacientes com AIDS. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(4):369-78.
24. Borges MJ, Sampaio AS, Gurgel IG. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [citado 2013 maio 02];17(1):147-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a17v17n1.pdf>

-
25. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros ME, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007. p. 161-77.
26. Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 [citado 2013 maio 02];20(2 Supl):310-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/24.pdf>
27. Shade SB, Steward WT, Koester KA, Chakravarty D, Myers JJ. Health information technology interventions enhance care completion, engagement in HIV care and treatment, and viral suppression among HIV-infected patients in publicly funded settings. J Am Med Inform Assoc. 2014 July 16. [Epub ahead of print]
28. Torian LV, Xia Q, Wiewel EW. Retention in care and viral suppression among persons living with HIV/AIDS in New York City, 2006-2010. Am J Public Health. 2014;104(9):24-9.