



Assistência ao HIV/aids: análise da integração de ações e serviços de saúde

HIV/AIDS care: analysis of actions and health services integration

Asistencia al VIH/SIDA: análisis de la integración de acciones de y servicios de salud

Gabriela Tavares Magnabosco¹

Lívia Maria Lopes²

Rubia Laine de Paula Andrade¹

Maria Eugênia Firmino Brunello¹

Aline Aparecida Monroe¹

Tereza Cristina Scatena Villa¹

1. Universidade de São Paulo.

Ribeirão Preto, SP, Brasil.

2. Centro Universitário Municipal de Franca.

Franca, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar a integração das ações e serviços de saúde na assistência às Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA), pelos Serviços de Atenção Especializada ao HIV/aids (SAE) de Ribeirão Preto-SP. **Métodos:** Estudo descritivo exploratório do tipo inquérito. Foram entrevistadas 253 PVHA mediante questionário estruturado. Os dados foram analisados por indicadores classificados em: insatisfatórios - médias de 1 a 2,5; regular - entre 2,6 e 3,5; satisfatórios - de 3,6 a 5; e análise de correspondência múltipla. **Resultados:** A integração das ações de saúde na assistência às PVHA obteve média 3,7 (dp=1,7), satisfatória. A integração horizontal foi satisfatória quanto ao uso do prontuário nas consultas, e a vertical quanto ao encaminhamento a outros serviços de saúde. Encontrou-se baixa utilização da Atenção Básica e Pronto-Atendimento. **Conclusão:** Há necessidade de empoderamento dos indivíduos com fornecimento de resultados de exames, fortalecimento da referência/contrarreferência e retaguarda dos SAE a outros serviços que atendem HIV/aids.

Palavras-chave: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Doença Crônica; Sistemas de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the integration of actions and health services in care provided by Specialized Services (SS) in Ribeirão Preto/SP in people living with HIV/AIDS (PLWHA) perception. **Methods:** Exploratory descriptive study, survey type in which 253 PLWHA were interviewed using a structured questionnaire. The data were analyzed by indicators (classified as unsatisfactory-average from 1 to 2.5; regular-between 2.6 and 3.5; satisfying-3.6 to 5) and multiple correspondence analysis. **Results:** The integration of health care actions had an average 3.7 (SD = 1.7) classified as satisfactory. The horizontal integration was satisfactory regarding the use of medical records, and the vertical one regarding the referral to other health services. The low utilization of Basic Care and Emergency Care services was also identified. **Conclusion:** Despite of the satisfactory rating on the integration of assistance to PLWHA, challenges still be done, highlighting the need for greater empowerment of individuals and strengthening reference mechanisms with support of SCS to other points of attention in HIV/AIDS specificities.

Keywords: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Chronic Disease; Health Systems.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la integración de acciones y servicios de salud en la asistencia prestado en los servicios de atención especializada (SAE) de Ribeirão Preto/SP sob la percepción de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS). **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo exploratorio cuantitativo de encuesta. 253 PVS fueron entrevistadas con un cuestionario estructurado. Los datos en rangos de respuesta de 1 a 5 se analizaron por la construcción de indicadores según: insatisfactorio 1 a 2,5; regular entre 2,6 y 3,5; satisfactorio 3,6 a 5 y el análisis de correspondencia múltiple. **Resultados:** La integración de las actividades de salud a las PVS obtuvo 3,7 (SD = 1,7), satisfactoria. La integración horizontal fue satisfactoria en cuanto al uso del prontuario en las consultas y la vertical en cuanto al encaminhamiento a otros servicios de salud. Fue observado baja utilización de la atención primaria y urgencias. **Conclusión:** A pesar de la calificación satisfactoria a la integración en la atención del VIH/SIDA, todavía existe la necesidad de capacitación de los individuos con los resultados de las pruebas y el fortalecimiento de la referencia con el respaldo del SAE para otros servicios de acuerdo con las características específicas de VIH/SIDA.

Palabras clave: VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Enfermedad Crónica; Sistemas de Salud.

Autor correspondente:

Gabriela Tavares Magnabosco.

E-mail: gabimagnabosco@hotmail.com

Recebido em 16/01/2018.

Aprovado em 29/05/2018.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0015

INTRODUÇÃO

Desde o surgimento da epidemia até a situação atual, o HIV/aids passou 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 - como estigma e discriminação -, medicação com esquemas complexos, dificuldades na adesão ao tratamento, efeitos colaterais, entre outros.^{1,2}

Estima-se que, diariamente, mais de 7.000 pessoas são infectadas pelo HIV no mundo, sendo que, em 2015, houve 2,1 milhões de novas infecções, o que resultou em um total de 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA).³ No Brasil, 798.366 casos de aids foram notificados até junho 2015 - cuja estimativa era de 781 mil as PVHA-, o que representou uma prevalência de 0,39%. Dessas pessoas, 83% tinham o diagnóstico estabelecido e aproximadamente 80% destas foram vinculadas ao serviço de saúde, das quais apenas 66% permaneciam em acompanhamento.⁴ Entre 2010 e 2015, o país registrou 40,6 mil casos de aids, sendo 17 mil na região Sudeste. No ano de 2012, o município de Ribeirão Preto/SP apresentou taxas de detecção (27,2/100 mil habitantes) e mortalidade (8,9/100 mil habitantes) por aids, superiores à média do estado de São Paulo, o qual registrou médias de 20,3 e 6,6/100 mil habitantes, respectivamente.⁴

Em consonância ao panorama supracitado, a prevenção e o controle do HIV/aids, juntamente com as internações hospitalares e os óbitos pela doença, aparecem como desafios às políticas públicas que visam o fortalecimento do sistema de atenção à saúde, uma vez que a agudização do agravo ocorreu em um contexto em que os serviços se configuraram como essencialmente reativos, fragmentados e episódicos.

Dessa forma, considera-se que o manejo do HIV/aids requer a produção de um cuidado integral, integrado e resolutivo,⁵⁻⁷ de modo que haja uma articulação durável das práticas clínicas; ou seja, que persista durante todo o processo de cuidado, visando a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos na assistência e prestados por diferentes profissionais e organizações.^{8,9}

Nesse sentido, tal cuidado deve construir-se na práxis das equipes e serviços de saúde por meio de interações entre o usuário e os profissionais, bem como entre os próprios profissionais, e entre os diferentes serviços de saúde.⁹⁻¹²

Desse modo, a composição de uma rede assistencial efetiva que seja acessível e coerente com as demandas assistenciais das PVHA implica o reconhecimento da necessidade de uma efetiva integração das ações ofertadas, tanto dentro de cada serviço de saúde especializado - integração horizontal, como entre os diferentes pontos de atenção da rede assistencial - integração vertical.^{1,2,12}

Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar a integração das ações e serviços de saúde na assistência prestada pelos Serviços de Atenção Especializada ao HIV/aids (SAE) do município de Ribeirão Preto/SP, sob a percepção das PVHA.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, do tipo inquérito, realizado em Ribeirão Preto, cuja população estimada, em 2015, era de 666.323 habitantes.¹³ O município foi pioneiro do país na implementação de ações e serviços de saúde para o manejo do HIV/aids na rede de atenção local, e registrou o total de 791 novos casos de aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nos últimos cinco anos.⁴ Em 2012, a rede de atenção à saúde do município era estruturada em cinco distritos sanitários, contendo 42 serviços de Atenção Primária (Unidades de Atenção Básica-UAB e Unidades de Saúde da Família-USF), cinco unidades de Atenção Secundária/Terciária (Unidades Distritais de Saúde-UBDS) que atendiam diversas especialidades - quatro delas ofereciam Pronto-Atendimento (PA), uma Unidade de Pronto-atendimento (UPA) - e três hospitais.¹⁴

No que diz respeito ao diagnóstico do HIV/aids, todas as unidades de saúde da rede pública do município (UAB, UBDS, PA e Hospitais) podiam solicitar o exame anti-HIV. Em caso de diagnóstico positivo, o indivíduo era encaminhado a um dos cinco SAE do município, os quais estavam distribuídos nos cinco distritos sanitários e operavam com equipes especializadas, disponibilizando Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Os cinco CTA do município ofereciam o Teste Rápido Diagnóstico para o HIV, com emissão do resultado em até 30 minutos.¹⁴

O acompanhamento clínico-terapêutico dos casos de HIV/aids residentes no município era realizado nos SAE, designados, neste estudo, com as letras A, B, C, D e E. Tais serviços se configuravam de formas variadas no município, sendo os SAE A, B e D caracterizados como centros de referência em IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis)/aids - unidades de saúde exclusivas para atendimento de IST/aids e coinfeções como a tuberculose -, entre outras. Os SAE C e E eram caracterizados como ambulatorios, os quais prestavam atendimento em diversas especialidades. Os SAE A, B, C e D funcionavam de segunda a sexta-feira em período integral, oferecendo consulta médica às PVHA a cada dois a três meses, e tinham farmácias no próprio serviço. O SAE E funcionava de segunda a sexta-feira somente à tarde, oferecendo consulta médica às PVHA a cada três ou quatro meses; a retirada dos medicamentos ocorria em outro serviço de saúde.

A comunicação entre as equipes dos SAE ocorria por meio de reuniões mensais, que serviam para discussão de aspectos clínicos, vigilância, apoio diagnóstico e integração entre serviços. Os profissionais de enfermagem eram os que mais participavam dessas reuniões, assumindo a incumbência de passar as informações para os demais membros das suas equipes.¹⁴

Casos de maior complexidade eram encaminhados para a Unidade de Tratamento de Doenças Infecciosas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP), a qual era referência para a regional de saúde do município e disponibilizava atendimento ambulatorial ou internação parcial (Hospital Dia) ou integral.¹⁴

A população do estudo foi constituída por PVHA acompanhadas nos referidos SAE de Ribeirão Preto. Para a inclusão no estudo, foram considerados os critérios de inclusão: casos confirmados de HIV/aids, idade igual ou superior a 18 anos, residentes no município e não pertencentes ao sistema prisional.

O número de casos de HIV/aids confirmados e acompanhados pelos SAE em janeiro era de 1.389 indivíduos (249 no SAE A; 374 no B; 249 no C; 374 no D; 143 no E). Para o cálculo amostral, considerou-se um erro amostral de 5% ($e=0,05$); intervalo de confiança de 95% ($Z=1,96$) e P (proporção populacional) de 50%. A amostra mínima de 358 indivíduos foi obtida por meio da equação $n_0 = P.(1 - P).Z^2/e^2$ e, após correção em relação à população total (1.389), resultou em 302 indivíduos a serem considerados no estudo.

A amostragem ocorreu em duas fases, a saber: estratificação com partilha proporcional de acordo o SAE responsável pelo seguimento do indivíduo, de forma que 54 indivíduos deveriam ser entrevistados no SAE A; 81 no B; 54 no C; 81 no D; e 31 no E; e por conveniência, até atingir a quantidade de pessoas previstas para compor a amostra. Assim, dos 302 indivíduos abordados, 49 recusaram-se a participar da pesquisa, totalizando 253 entrevistados.

Para a coleta de dados, realizada entre janeiro de 2012 e maio de 2013, utilizou-se um questionário estruturado elaborado para o presente estudo, com base em instrumentos aplicados em outras pesquisas: "Avaliação da qualidade da assistência ambulatorial nos serviços públicos de assistência ambulatorial nos serviços públicos de atenção à aids no Brasil";¹⁵ "Recomendações do Ministério da Saúde para TARV (Terapia Antirretroviral) em adultos infectados pelo HIV";¹⁶ "Metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do SUS",¹⁷ e no "Protocolo de acompanhamento ambulatorial do paciente com HIV/aids da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais".¹⁸

Para readequar e verificar a viabilidade do instrumento, foi realizada análise de conteúdo por cinco profissionais com *expertise* na temática do HIV/aids, e um teste piloto para entrevistar 21 PVHA em acompanhamento nos SAE do município realizando análise semântica, no intuito de verificar a compreensibilidade dos itens pela população-alvo e adequação às especificidades locais. A versão final do instrumento utilizada na pesquisa não foi cientificamente validada.

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 Redes de Atenção.² Nesses moldes, encontram-se os SAE, os quais se configuram 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 às PVHA. Dessa forma, convém salientar que, neste estudo, acredita-se que o instrumento baseado em alguns atributos da atenção

primária seja apropriado também para avaliar os SAE, uma vez que estes atuam como porta de entrada e devem promover um enfoque integral e coordenado da assistência prestada às PVHA.

A categoria de resposta das perguntas do instrumento contemplava escala Likert, com valor entre "um" e "cinco", cuja resposta mais favorável correspondia ao maior valor. Para este estudo, utilizaram-se as variáveis relacionadas à dimensão "integração de ações e serviços de saúde para a assistência às PVHA", subdivididas em:

- a) Integração horizontal - definida como a inter-relação entre os prestadores do cuidado na prática clínica, com enfoque na continuidade e globalidade das ações realizadas por diferentes profissionais e equipes, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos e informações disponíveis.¹⁹ Nessa sessão foram incluídas as variáveis: utilização do prontuário pelos profissionais de saúde durante a consulta; registro das queixas dos indivíduos nos prontuários; recebimento de resultados de exames impressos; informação dos resultados de exames durante as consultas; informação sobre o agendamento do retorno.
- b) Integração vertical - definida como a articulação entre os serviços e ações de saúde referentes à dada prática assistencial, de forma que, independentemente do local onde seja realizada, esteja focalizada na obtenção de um objetivo comum.²⁰ Nessa sessão foram incluídas as variáveis: encaminhamento para outros serviços de saúde quando necessário; auxílio dos profissionais de saúde para o agendamento de consultas em outros serviços; recebimento de comprovante do agendamento de consulta em outro serviço de saúde; recebimento de informações escritas sobre o usuário para ser entregue em outro serviço de saúde; obtenção de atendimento em outro serviço de saúde; recebimento de informações escritas sobre o atendimento recebido em outro serviço de saúde; discussão sobre o atendimento em outro serviço de saúde; utilização de unidades de Atenção Básica; utilização de Pronto-Atendimento; utilização de outros serviços de saúde.
- c) Na análise dos dados, foram construídos indicadores que corresponderam a um escore médio das respostas de todos os entrevistados para cada pergunta do instrumento. Dessa forma, cada indicador foi classificado em insatisfatório ($\leq 2,5$), regular (entre 2,6 e 3,5) ou satisfatório ($\geq 3,6$).

Para classificar a integração das ações na assistência às PVHA no município como um todo, foi mensurado um índice composto, o qual correspondeu a um escore médio das respostas de todos os respondentes para todas as variáveis do instrumento.

Para finalizar, foi realizada a Análise de Correspondência Múltipla (ACM) a fim de verificar a associação entre os SAE do município (variáveis passivas) e as variáveis ativas da ACM, as

quais foram selecionadas por meio do teste Qui-quadrado. O nível de significância estatística adotado foi de 5%. É importante salientar que o SAE E foi desconsiderado da ACM por possuir baixo número de respondentes.

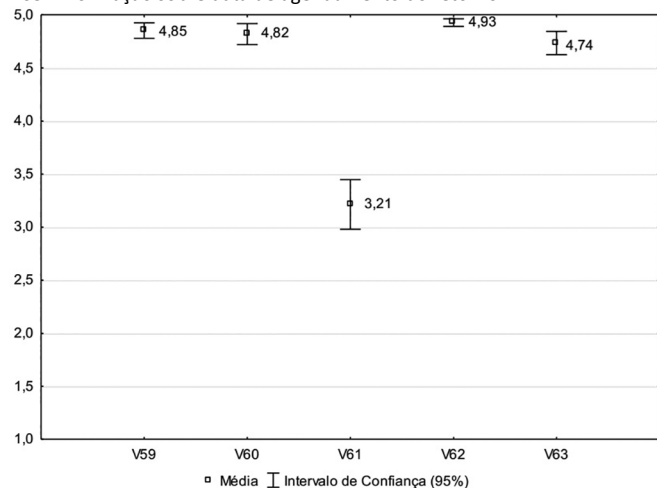
Atendendo à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, vigente à época da pesquisa, esta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, conforme protocolo nº 1215/2010. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento para participação na pesquisa.

RESULTADOS

A integração das ações de saúde na assistência às PVHA, no município de Ribeirão Preto, obteve uma média de 3,7 (dp=1,7), sendo classificada como satisfatória.

Dentre os indicadores relacionados à integração horizontal da assistência, apenas o indicador "recebimento dos resultados de exames impressos" foi considerado regular. Os demais indicadores foram classificados como satisfatórios (Figura 1).

Figura 1. Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis de integração de ações entre os profissionais da equipe de referência, Ribeirão Preto, 2012-2013. V59: Utilização do prontuário pelos profissionais de saúde durante a consulta; V60: Registro das queixas das pessoas vivendo com HIV/aids nos prontuários; V61: Recebimento dos resultados de exames impressos; V62: Informação dos resultados de exames durante as consultas; V63: Informação sobre data de agendamento do retorno.



Quanto à integração vertical, o "recebimento de informações escritas sobre as condutas adotadas em outro serviço de saúde" foi considerado insatisfatório. O indicador "discussão sobre os resultados e as condutas adotadas por outro serviço de saúde" foi considerado regular. Os demais indicadores foram satisfatórios (Figura 2).

Ainda na integração vertical, encontrou-se baixa utilização dos serviços de Atenção Básica, Pronto-Atendimento e outros serviços de saúde (Figura 3).

Figura 2. Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis de integração da assistência junto a outros serviços, Ribeirão Preto, 2012-2013. V73: Encaminhamento para outros serviços de saúde quando necessário; V74: Auxílio dos profissionais de saúde para o agendamento de consultas em outros serviços; V75: Recebimento de comprovante do agendamento de consulta em outro serviço de saúde; V76: Recebimento de informações escritas sobre o usuário para ser entregue em outro serviço de saúde; V77: Obtenção de atendimento em outro serviço de saúde; V78: Recebimento de informações escritas sobre condutas adotadas em outro serviço de saúde; V79: Discussão sobre as condutas adotadas por outro serviço de saúde.

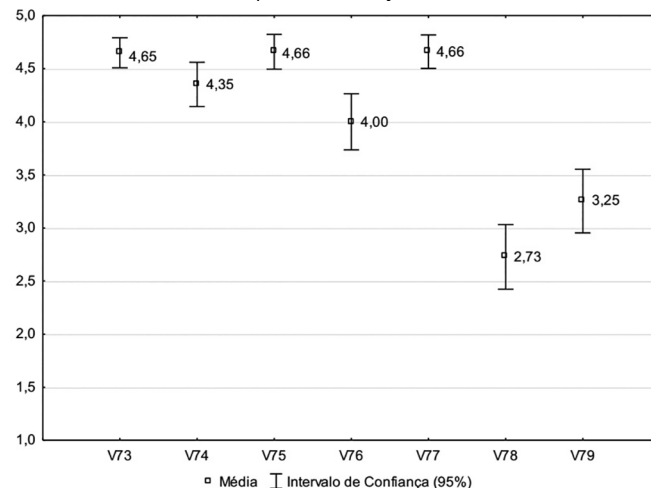
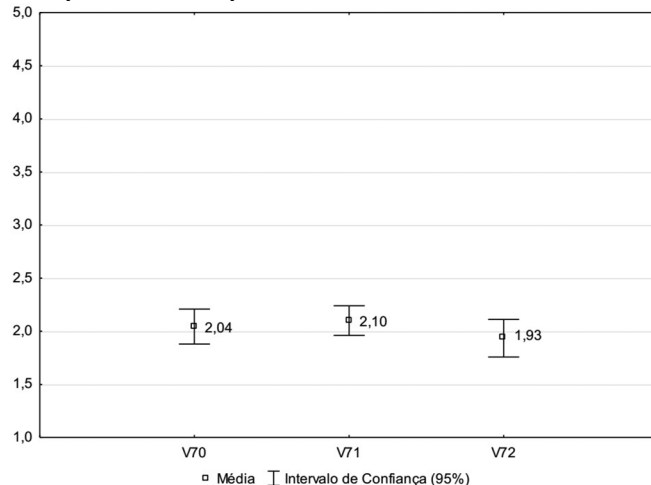
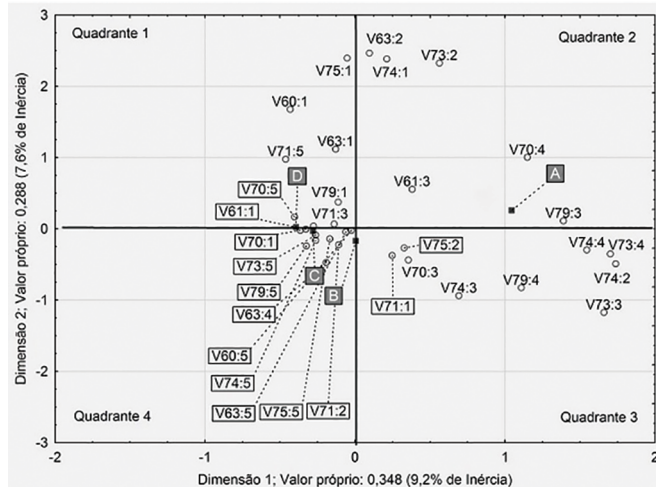


Figura 3. Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis de utilização dos serviços de saúde, Ribeirão Preto, 2012-2013. V70: Utilização de unidades de Atenção Básica; V71: Utilização de Pronto-Atendimento; V72: Utilização de outros serviços de saúde.



Na Figura 4, verificou-se que o SAE A localizou-se mais distante dos demais (Quadrante 2) e mostrou associação com desempenho regular nas variáveis de integração. Além disso, esse SAE teve associação com a "quase sempre" utilização das UAB. O SAE B e C (Quadrante 4) foi associado à pouca utilização das UAB e PA; no entanto, apresentou melhor integração de ações. O SAE D (Quadrante 1) associou-se com desempenho insatisfatório em relação à integração, entretanto seus usuários sempre utilizavam as UAB e PA (Figura 4).

Figura 4. Plano Fatorial das variáveis relacionadas à integração das ações e serviços de saúde pelas pessoas vivendo com HIV/aids, Ribeirão Preto, 2012-2013. V60: Registro das queixas dos indivíduos nos prontuários pelos profissionais de saúde; V61: Recebimento dos resultados de exames impressos; V63: Informação sobre data de agendamento do retorno; V70: Utilização de unidades de Atenção Básica; V71: Utilização de Pronto-Atendimento; V73: Encaminhamento para outros serviços de saúde quando necessário; V74: Auxílio dos profissionais de saúde para o agendamento de consultas em outros serviços; V75: Recebimento de comprovante do agendamento de consulta em outro serviço de saúde; V79: Discussão sobre condutas adotadas em outro serviço de saúde.



DISCUSSÃO

Em relação à integração horizontal, encontraram-se resultados de avaliação satisfatórios quanto à realização de atividades técnicas voltadas ao uso do prontuário e registro de queixas durante as consultas. Tais indicadores relacionam-se com a apropriação de informações para o planejamento do cuidado prestado aos indivíduos, uma vez que, para uma adequada assistência, são necessários meios que auxiliem o reconhecimento, a disponibilidade e a transferência de informações.^{21,22} No entanto, reflexões são pertinentes quanto à qualidade, compartilhamento e uso efetivo das informações, porquanto os registros, em se tratando do cuidado integrado, se configuram como ferramentas para o planejamento, implementação de intervenções em saúde e fluxo de informações entre os diferentes serviços.^{9,23}

Os SAE apresentaram uma constância quanto ao apoio diagnóstico e terapêutico no que diz respeito à realização e divulgação dos resultados de exames, porém identificou-se que a entrega dos resultados de exames impressos às PVHA nem sempre ocorria de modo efetivo, fato esse que pode dificultar a continuidade e complementaridade do cuidado em outros pontos de atenção, e gerar duplicidade na realização de exames e custos desnecessários.² A oferta de informações sobre o agendamento de consultas de retorno no serviço de saúde também foi avaliada como satisfatória, o que reforça o empenho por parte dos profissionais das equipes no que se refere à continuidade terapêutica.

Considerando os apontamentos realizados, utilizar e incorporar tecnologias leves no desenvolvimento da atenção integral se torna um importante desafio na rotina de trabalho, na medida em que

estas podem dar o suporte necessário para o acolhimento/vínculo, sendo esses aspectos carentes nos serviços de saúde e objetivam a construção compartilhada de projetos terapêuticos entre equipe e usuário, favorecendo a continuidade assistencial.²⁴ Nesse sentido, a construção de relações mais democráticas no espaço de trabalho em saúde é questão primordial para efetivar a integração horizontal.

Quanto à integração vertical, destacou-se como aspecto positivo o encaminhamento a outros serviços de saúde. Verificou-se que há uma preocupação evidente dos profissionais dos SAE quanto ao agendamento e obtenção do atendimento em outros serviços, entretanto os usuários informaram que a discussão das condutas realizadas nestes acontecia de forma precária pela equipe do SAE. Tal situação é desfavorável à resolutividade e continuidade da assistência, tornando-se um entrave significativo a ser trabalhado com os profissionais, no sentido de reforçar a importância da construção de um acompanhamento que integre diversas especialidades, intervenções e serviços de saúde para atender às demandas existentes.

Ainda em relação à integração vertical, o fornecimento da guia de referência foi avaliado como satisfatório entre os indivíduos que já haviam sido encaminhados. Já a contrarreferência foi avaliada como insatisfatória, o que pode interferir na continuidade do cuidado prestado,^{9,19} 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 humanizada e resolutiva. Reforça-se que, para que o processo de atenção seja consolidado por meio de uma rede de atenção, emerge a necessidade de estabelecimento de conexões regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, vislumbrando a sua interação. No âmbito dessa questão, têm-se como principais componentes estratégicos os processos de referência e contrarreferência, que, por sua vez, necessitam ser formalizados mediante o registro das informações e compartilhamento das mesmas, no sentido de garantir o fluxo da informação e a continuidade do cuidado.

Em um estudo científico prévio, os autores apontam que a integração de ações e serviços poderia ser favorecida se, de fato, houvesse mecanismos de regulação, além de referência e contrarreferência.²⁵ Seguindo esse raciocínio, entende-se que a construção das redes de atenção à saúde, para favorecer a equidade e integralidade do cuidado, precisa ser apoiada por informações de qualidade, ofertadas por sistemas de informação em saúde apropriados.²

Os sistemas de informação em saúde constituem importantes recursos no que diz respeito ao conhecimento e diagnóstico situacional das diferentes realidades sanitárias. Imprimem um esforço integrado para coletar, processar, reportar e usar informação e conhecimento para influenciar o planejamento assistencial, a gestão dos programas, as políticas e a pesquisa em saúde, em consonância às necessidades identificadas. Para tanto, devem compreender os determinantes sociais da saúde e a operacionalização legal dos sistemas e redes de atenção à saúde, considerando os insumos, recursos estruturais e processos dos serviços de saúde, a organização política e operacional, os recursos humanos e financeiros, e os resultados produzidos pelas equipes.²⁵

No decorrer dos últimos anos, notam-se avanços consideráveis no acesso e possibilidades de análise dos principais sistemas de informação em saúde disponíveis no Brasil, relacionados, principalmente, à descentralização para o processamento pelos estados e municípios, aliada ao desenvolvimento tecnológico crescente na área da informação. Ainda assim, são recorrentes as dificuldades no processo assistencial, enfrentadas por algumas equipes dos SAE, principalmente no que tange à articulação para oferta e efetivação do cuidado integrado. Entende-se que essas dificuldades contribuem para a fragmentação da assistência, o que, diante da complexidade do HIV/aids, se figura como uma barreira importante na execução do cuidado integral.²⁶

Outra reflexão pertinente a esse respeito se volta à histórica verticalização dos programas que não respondem às necessidades e realidades dos usuários, e da própria organização e conformação das redes de atenção à saúde.²⁴ Para o autor, pensar na integração vertical requer a (re)significação das práticas e dos limites hierárquicos do sistema de saúde brasileiro, colocando o SAE como copartícipe e corresponsável pela identificação das diversas demandas do indivíduo, sejam relacionadas à prevenção, tratamento e/ou inserção na realidade, e do seu "transitar" pela rede, privilegiando o seguimento do cuidado.²⁴

No que tange à utilização de outros serviços de saúde, ficou evidente que as PVHA não utilizam com frequência os serviços de AB e PA que compõem a rede de atenção do município. Nesse contexto, é importante enfatizar o fato de as UAB não atenderem algumas especificidades inerentes ao HIV/aids, restringindo-se a encaminhar para os próprios SAE ou outros serviços especializados. Para que esses serviços sejam recursos complementares a serem inseridos e acionados no processo assistencial a esses sujeitos, faz-se necessário que eles disponham de equipes capacitadas, que compreendam as reais necessidades da demanda atendida, desde prevenção até reabilitação, bem como a retaguarda disponível nos distintos serviços.^{6,26} Entretanto, é preciso reforçar o importante papel desempenhado pelos SAE na resolubilidade e integração da assistência prestada, com a ampliação do acesso a ações de promoção e prevenção, assim como a consultas e procedimentos especializados, articulando os pontos de atenção que se encontram distantes.²⁷

Há que se refletir, ainda, sobre a complexidade na integração da assistência em situações em que os usuários optam por seguimento em SAE fora da área de abrangência a que pertencem, principalmente no que se refere às condições de acesso aos serviços de saúde, mas também à articulação e fluxo de informação estabelecidos entre os serviços da rede.

Assim, para manejar condições crônicas da complexidade do HIV/aids, há que se pensar em um sistema de saúde integrado, que pressupõe oferta organizada de assistência e uma rede articulada, com fluxos e percursos definidos, ordenados e compatíveis com a demanda.² Para isso, é indispensável a elaboração compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os membros da equipe dos SAE e demais serviços, considerando a prática do apoio matricial e a retaguarda de outros serviços como uma das possíveis alternativas frente às diferentes vulnerabilidades inerentes ao HIV/aids. É importante

ressaltar, nesse sentido, que a realização de reuniões mensais entre a coordenação do Programa Municipal de HIV/aids e os profissionais dos SAE pode ser uma estratégia positiva na concepção de um plano de cuidado integrado, uma vez que permite a discussão de casos/situações e a partilha de informações e conhecimentos.

A integração das ações na atenção às PVHA pelos SAE de Ribeirão Preto, de uma forma geral, foi avaliada como satisfatória. No entanto, verificou-se que, quanto melhor a integração, tanto horizontal quanto vertical, menor a utilização dos serviços de AB e PA. Dessa forma, acredita-se que as equipes dos SAE possibilitam melhor integração pelo êxito na identificação das demandas dos usuários e na resolução dos problemas no próprio SAE.

Nesse mesmo sentido, verificou-se, também, que, quanto menor a integração, maior a utilização das UAB e PA, como observado no SAE D (Figura 4). Tal achado evidencia que a equipe do SAE pode não estar identificando as necessidades dos usuários que, então, buscam por conta própria outros serviços, como as UAB e PA, para resolução dos seus problemas.

Relativo aos achados deste estudo, reconhece-se a existência de algumas limitações, como a possibilidade de ocorrência de: viés de memória, em decorrência do questionamento acerca de condutas realizadas há tempos; viés de compreensão, referente ao entendimento pessoal que os indivíduos apresentaram diante de determinadas questões e viés 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, o estudo contemplou apenas a percepção de um único ator - os usuários -, a qual poderia estar impregnada 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.

CONCLUSÕES

No município estudado, a integração de ações e serviços na assistência ao HIV/aids apresentou uma avaliação satisfatória na atenção às PVHA, a qual se caracteriza por ações programáticas da coordenação municipal, que articula diferentes ações e serviços de apoio clínico-laboratorial e conta com a atuação de equipes capacitadas em serviços especializados. Desse modo, os achados do estudo evidenciam lacunas em relação à utilização dos demais serviços da rede de atenção, o que pode estar associado à resolatividade das demandas dos usuários nos SAE, ou ao fato dos outros serviços, como, por exemplo, as UAB ainda não atenderem especificidades inerentes ao HIV/aids.

Como desafios à integração horizontal e vertical da assistência às PVHA, encontra-se a necessidade de maior empoderamento dos indivíduos, com o fornecimento de resultados de exames que refletem a evolução do seu quadro clínico, e podem ser utilizados em outros atendimentos. Além disso, é necessário o fortalecimento de mecanismos de referência e contrarreferência e de apoio matricial, tendo os próprios SAE como serviços

de retaguarda para os outros pontos de atenção no atendimento às diversas especificidades que envolvem o HIV/aids.

Verificou-se que a cronicidade assumida pelo HIV/aids impõe sobrecarga aos serviços de saúde, expondo as deficiências que existem no processo de planejamento da assistência integrada e representando um desafio aos profissionais, equipes de saúde e gestores. É imprescindível que haja uma articulação durável das práticas clínicas, visando assegurar a continuidade e a globalidade da assistência prestada.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (Bolsa de doutorado - Processo nº 2010/15521-8).

REFERÊNCIAS

- Figueiredo LA, Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RLP, Faria MF, Goulart VC, et al. Provision of health care actions and services for the management of HIV/AIDS from the users' perspective. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014; [cited 2016 Apr 4]; 48(6):1024-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/0080-6234-reeusp-48-06-1026.pdf>
- Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília (DF): Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; 2015.
- United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)/World Health Organization (WHO). Diagnostics Access Initiative to achieve the 90-90-90 treatment target. Geneva: UNAIDS; 2015.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2016. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
- Kadri MR, Schweickardt JC. As Organizações da Sociedade Civil no enfrentamento à AIDS no Amazonas, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015; [cited 2017 Oct. 10]; 20(5):1331-9. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n5/1413-8123-csc-20-05-01331.pdf>
- Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011; [cited 2016 Apr 10]; 16(6):2753-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>
- Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017; [cited 2017 Oct 17]; 21(62):589-99. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000300589&script=sci_abstract&lng=pt
- Odeny TA, Penner J, Lewis-Kulzer J, Leslie HH, Shade SB, Adero W, et al. Integration of HIV Care with Primary Health Care Services: Effect on Patient Satisfaction and Stigma in Rural Kenya. *AIDS Res Treat* [Internet]. 2013; [cited 2017 Oct 13]; 2013:485715. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Integration+of+HIV+Care+with+Primary+Health+Care+Services%3A+Effect+on+Patient+Satisfaction+and+Stigma+in+Rural+Kenya>
- Bousquat A, Giovannella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins C, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017; [cited 2017 Oct 17]; 22(4):1141-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf>
- Silva KL, Sena RR. Comprehensive health care: indications from the training of nurses. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008; [cited 2016 Apr 10]; 42(1):48-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07.pdf>
- Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2003. p. 45-59.
- Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Ravanhali GM, et al. Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/AIDS em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014; [cited 2016 Mar 4]; 30(11):2283-97. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/0102-311X-csp-30-11-2283.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BR). Panorama populacional Ribeirão Preto-SP [Internet]. 2014; [cited 2014 May 12]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama>
- Magnabosco GT, Lopes LM, Andrade RLP, Brunello MEF, Monroe AA, Villa TCS. Tuberculosis control in people living with HIV/AIDS. *Rev Latino Am Enferm* [Internet]. 2016 Sep; [cited 2018 May 25]; 24:e2798. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100410
- Nemes MIB, Alencar TMD, Basso CR, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, et al. Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids, Brasil: estudo comparativo 2001/2007. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013; [cited 2017 Oct 13]; 47(1):137-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/18.pdf>
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_ManejoInfeccaoHIVadultos_CP.pdf
- 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.
- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Protocolo de Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com HIV/AIDS. Belo Horizonte: FHEMIG; 2013.
- Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004; [cited 2016 Jan 10]; 20(Supl.2):S331-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>
- Núñez RT, Lorenzo IV, Naverrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* [Internet]. 2006; [cited 2016 Mar 2]; 20(6):485-95. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/gsv/v20n6/revision.pdf>
- Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015; [cited 2017 Oct 14]; 19(1):169-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf>
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002.
- Rivera FJU, Artmann E. Inovação e agir comunicativo: redes e tecnologias de gestão para a saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016; [cited 2017 Oct 15]; 32(Sup 2):e00177014. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/pt_1678-4464-csp-32-s2-e00177014.pdf
- Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araujo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012; [cited 2016 Apr 12]; 17(2):555-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a28v17n2.pdf>
- Giovannella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017; [cited 2017 Oct 17]; 33(Supl 2):e00118816. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00118816.pdf>
- 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; [cited 2016 Apr 10]; 17(1):147-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a17v17n1.pdf>
- Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. Secondary Health Care: best practices in the health services network. *Rev Latino Am Enferm* [Internet]. 2013; [cited 2016 Apr 10]; 21(no.esp):131-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1nspe/17.pdf>