

Atenção à saúde de crianças e adolescentes com HIV: avaliação da longitudinalidade

Health care for children and adolescents with HIV: longitudinality assessment

Cristiane Cardoso de Paula¹
Stela Maris de Mello Padoin¹
Clarissa Bohrer da Silva¹
Raquel Einloft Kleinubing¹
Tamiris Ferreira¹

Descritores

Avaliação em enfermagem;
Enfermagem de atenção primária;
Saúde da criança; Saúde do
adolescente

Keywords

Nursing assessment; Primary care
nursing; Child health; Adolescent health

Submetido

3 de Novembro de 2016

Aceito

27 de Março de 2017

Autor correspondente

Cristiane Cardoso de Paula
Faixa de Camobi, Km 09,
97105-900, Santa Maria, RS, Brasil.
cris_depaula1@hotmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700022>



Resumo

Objetivo: Avaliar a presença do atributo longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde, na experiência de profissionais dos municípios de procedência de crianças e adolescentes com HIV, acompanhados em serviço especializado.

Métodos: Estudo transversal realizado em 25 municípios do Rio Grande do Sul com 527 profissionais da saúde. Utilizou-se questionário de caracterização e o instrumento *Primary Care Assessment Tool-Brasil*, versão Profissionais. Foram utilizados Teste Qui-Quadrado de *Pearson* e Regressão de *Poisson*.

Resultados: A longitudinalidade apresentou-se satisfatória ($p=6,96$). Associaram-se ao alto escore: profissional com idade menor ou igual a 30 anos ($p=,01$); formação profissional clínico geral ($p 0,03$). Foi associado ao alto escore, na Estratégia de Saúde da Família, o tempo suficiente no atendimento aos usuários ($p 0,045$).

Conclusão: A avaliação indicou o potencial da Atenção Primária à Saúde para o atendimento das crianças e adolescentes com HIV, especialmente em proporcionar o vínculo, determinante para a continuidade da atenção.

Abstract

Objective: To evaluate the presence of Primary Health Care longitudinality from the perception of professionals from the municipalities of children and adolescents with HIV, who were treated in specialized services.

Methods: Cross-sectional study, performed in 25 municipalities of Rio Grande do Sul, with 527 healthcare professionals. A characteristics questionnaire was used, and the Primary Care Assessment Tool - Brazil instrument, professional version. Pearson's Chi-square test and Poisson regression were used.

Results: The longitudinality was satisfactory ($p=6.96$). Professionals aged less than or equal to 30 years ($p=0.01$) and professional education ($p = 0.03$) were associated with high scores. In the Family Health Strategy, sufficient time to attend to clients ($p 0.045$) was associated with the high score.

Conclusion: The assessment indicated the potential for Primary Health Care to care for children and adolescents with HIV, especially in providing a bond, which is a determinant for the continuity of care.

¹Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

As crianças e os adolescentes com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) apresentam demandas específicas de sua condição sorológica, fazem uso contínuo de medicamentos para sobreviver, requerem demanda de educação em saúde para a família ou o responsável pelo cuidado cotidiano, entre outras justificativas de sua necessidade especial de saúde. Portanto, precisam de acompanhamento permanente nos serviços de saúde, para prevenção do adoecimento e manutenção da saúde,⁽¹⁾ o qual ocorre, predominantemente, no serviço especializado em HIV. Entretanto, há necessidade de articulação deste serviço com a Atenção Primária à Saúde (APS),⁽²⁾ sendo que ações bem sucedidas no manejo da infecção nos serviços de APS de algumas cidades brasileiras foram reconhecidos como possibilidades o processo de descentralização e gestão compartilhada.^(1,3)

A APS indica um desenho de mudança clínico-assistencial, orientado por atributos. Estes são definidos como um conjunto indissociável de elementos estruturantes do sistema de serviços de saúde. Os atributos essenciais são: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade; e os atributos derivados: orientação familiar e comunitária.⁽³⁾ Dos atributos da APS, o presente estudo se concentra na longitudinalidade, conceituada como a existência de uma fonte de atenção regular, capaz de identificar a população eletiva que deveria ser atendida no serviço, além de estabelecer o vínculo entre usuários e profissionais.^(3,4)

Justifica-se a necessidade de avaliar a longitudinalidade da APS para qualificar o acompanhamento de saúde. Para tanto, ações como o tratamento, a avaliação das necessidades de saúde, o processo de transferência entre os serviços, a diminuição de internações hospitalares e a satisfação dos usuários com a atenção recebida, contribuirá para a promoção da saúde e prevenção de agravos, tendo em vista a relação da longitudinalidade na implantação de melhorias estruturais e processuais para a qualificação da atenção.⁽⁵⁾

O presente estudo objetivou avaliar a presença do atributo longitudinalidade da Atenção Primária

à Saúde, na experiência de profissionais dos municípios de procedência de crianças e adolescentes com HIV, acompanhados em serviço especializado.

Métodos

Tratou-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa de delineamento transversal, realizado com médicos, enfermeiros e odontólogos no período de março a agosto de 2014, em 25 municípios do Rio Grande do Sul (RS). Estes municípios foram elencados por terem sido referenciados como de procedência das crianças e adolescentes com HIV, que faziam acompanhamento permanente no serviço ambulatorial de infectologia pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/RS/Brasil) em 2013.

As Secretarias Municipais de Saúde foram contatadas por meio de ligações telefônicas e via postal, para autorizar e acessar os endereços das UBS e ESF. Apenas um município não aceitou participar da pesquisa. Utilizou-se como critérios de inclusão: médico (clínico geral, pediatra e ginecologista), enfermeiro e odontólogo que atuassem nos serviços de APS dos 25 municípios, abrangendo os tipos de serviços: Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF). Como critério de exclusão: férias, afastamento ou licença no período da coleta de dados. Foi utilizada população total de profissionais da saúde dos referidos municípios, sem realização de cálculo amostral. Da população elegível, 554 profissionais, houve 12 recusas e 15 não foram encontrados (após três tentativas), totalizando 27 perdas (4,9%). A população pesquisada foi de 527 profissionais. Os profissionais foram acessados nos serviços de saúde em que atuavam, durante o turno de trabalho, quando foram convidados a responder o instrumento e assinar o TCLE. Os auxiliares de pesquisa (quatro mestrandas e cinco bolsistas de iniciação científica do curso de enfermagem), previamente capacitados pela coordenadora da pesquisa, viajaram até os municípios, utilizando recursos de projetos contemplados em editais de fomento à pesquisa. A supervisão da etapa de campo foi desenvolvida em encontros semanais do grupo de pesquisa, para discutir as facilidades e as dificuldades.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento de caracterização dos profissionais com variáveis sociodemográficas (sexo, idade); variáveis de formação (tempo de formado, pós-graduação); e variáveis de situação ocupacional (unidade de trabalho, vínculo, tempo de serviço, turno de trabalho, outro emprego, função neste serviço). Com intuito de avaliar o atributo longitudinalidade, foi aplicada a versão profissionais do Primary Care Assessment Tool (PCATool),^(6,7) validado no Brasil.⁽⁸⁾ O PCATool-Brasil mensura a presença e a extensão de cada atributo da APS por meio da média aritmética dos itens. Em escala Likert, as respostas variaram em valores de 1 a 4, sendo “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). Para aplicação do instrumento, os profissionais foram orientados a respondê-lo com foco na atenção à saúde de crianças e/ou adolescentes com HIV (mesmo desconhecendo o diagnóstico de infecção dos usuários). Os auxiliares de pesquisa aplicaram presencialmente o instrumento, com tempo médio de preenchimento de 40 minutos. Em caso de dúvidas dos participantes, os auxiliares seguiram as instruções que constavam no manual do PCATool, que indica a formulação dos itens exatamente como estão escritos e, caso não haja entendimento, que o item seja repetido pausadamente, utilizando os parênteses (orientação ao entrevistador ou, algumas vezes, trazem exemplos ilustrativos do caráter do item) para explicar seu sentido.⁽⁸⁾

A análise foi realizada no *Statistical Analysis System* versão 9.3, após a dupla digitação independente, utilizando o programa *Epi-info*[®], versão 7.00. Para avaliação dos escores, utilizaram-se: valores de escore maior ou igual a 6,6 (alto escore) e menor que 6,6 (baixo escore), segundo o manual do instrumento. Os valores, que originalmente variam em escala de 1 a 4, foram transformados em escala contínua de 0 a 10.

A análise de confiabilidade se deu por meio do Alfa de *Cronbach* (valores >0,70 foram considerados indicadores de consistência). A distribuição de

normalidade das variáveis foi avaliada pelo Teste *Kolmogorov-Smirnov*. As variáveis categóricas (características sociodemográficas, de formação, de situação ocupacional e os itens que compõem o atributo longitudinalidade) foram apresentadas em frequência absoluta e relativa, e as variáveis contínuas (atributo essencial longitudinalidade), em média, desvio padrão quando apresentaram distribuição simétrica e em mediana e intervalo interquartil quando assimétricas.

Para comparação das proporções dos escores dicotomizados do atributo entre perfil sociodemográfico, de formação e situação ocupacional dos profissionais segundo tipo de serviço, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de *Pearson*. Para as análises estatísticas, foi adotado o nível de significância de 5%. Para verificação das variáveis que se mostraram associadas ao alto escore, utilizou-se a Regressão de *Poisson* com variância robusta. Estimaram-se as razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). As variáveis independentes associadas ao alto escore com p valor <0,25 foram incluídas na análise bruta e ajustada.

Entre as limitações deste estudo, o instrumento utilizado não abrange peculiaridades específicas da população com HIV. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sobre o CAAE: 12223312.3.0000.5346. Respeitaram-se os preceitos éticos, dispostos na Resolução n°. 466/2012, e os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Dentre os 527 profissionais de saúde entrevistados, 420 (80%) tinham menos de 30 anos de idade, 245 (46%) eram médicos, 167 (32%), enfermeiros e 115 (22%), odontólogos. Quanto à unidade de trabalho, 270 (51%) refeririam UBS e 257 (49%), a ESF.

Na avaliação do atributo longitudinalidade obteve-se alto escore de orientação para a APS (média 6,96; desvio padrão 1,31; mediana 6,92; mínimo 3,08; máximo 10; alfa de *Cronbach* 0,727).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico, de formação e de situação ocupacional de acordo com a avaliação de alto e baixo escore do atributo longitudinalidade pelos profissionais de saúde (n=527)

Variáveis	Categorias	Alto escore ($\geq 6,6$) n(%)	Baixo escore ($< 6,6$) n(%)	p-value*
Sociodemográficas				
Idade	<30 anos	269(51,04)	151(28,65)	0,01
	>30 anos	54(10,25)	53(10,06)	
Sexo	Feminino	213(40,42)	126(23,91)	0,33
	Masculino	110(20,87)	78(14,80)	
Situação conjugal (n=526)	Casado	212(40,30)	130(24,71)	0,65
	Solteiro	83(15,78)	52(9,89)	
	Outro	27(5,13)	22(4,18)	
De formação				
Formação	Clínico Geral	121(22,96)	53(10,06)	0,03
	Ginecologista	23(4,36)	15(2,85)	
	Pediatra	23(4,36)	10(1,90)	
	Enfermeiro	95(18,03)	72(13,66)	
	Odontólogo	61(11,57)	54(10,25)	
Tempo formado (n=526)	<15 anos	169(32,13)	105(19,96)	0,89
	>15 anos	154(29,28)	98(18,63)	
PG	Não possui	83(15,75)	55(10,44)	0,81
	Residência	68(12,90)	36(6,83)	
	Especialização	161(30,55)	105(19,92)	
	Mestrado	11(2,09)	8(1,52)	
Conclusão da PG (n=390)	<6 anos	129(33,08)	76(19,49)	0,48
	>6 anos	110(28,21)	75(19,23)	
Formação complementar	Sim	276(52,37)	169(32,07)	0,42
	Não	47(8,92)	35(6,64)	
Vínculo serviço (n=526)	Celetista	93(17,68)	43(8,17)	0,06
	Estatutário	223(42,40)	153(29,09)	
	Terceirizado	6(1,14)	8(1,52)	
Tempo de serviço (n=526)	<3anos	154(29,28)	113(21,48)	0,09
	>3anos	168(31,94)	91 (17,30)	
Cargo no serviço (n=526)	Sim	52(9,89)	38(7,22)	0,46
	Não	270(51,33)	166(31,56)	
Qual cargo (n=87)	Responsável Técnico	13(14,77)	14(15,91)	0,17
	Coordenador	38(43,18)	19(21,59)	
	Responsável ACS	1(1,14)	2(2,27)	
Possuir outro emprego	Sim	168(31,88)	107(20,30)	0,92
	Não	155(29,41)	97(18,41)	

*Teste do Qui-Quadrado de Pearson

Na tabela 1 estão apresentadas as características sociodemográficas, de formação e de situação ocupacional dos profissionais da APS de acordo com a avaliação de alto e baixo escore do atributo de longitudinalidade.

Na tabela 2, são apresentados os itens que compõem o atributo longitudinalidade, que englobam questões voltadas para investigar o vínculo interpes-

soal entre usuários e sua fonte de atenção, dicotomizado em alto e baixo escore na avaliação pelos profissionais de saúde, segundo o tipo de serviço.

Na tabela 3, a Regressão de *Poisson* bruta e ajustada mostra a associação das variáveis independentes ao alto escore da APS, na atenção à saúde de crianças e adolescentes com HIV, na experiência dos profissionais de saúde.

Tabela 2. Itens do atributo longitudinalidade dicotomizado em alto e baixo escore (n=527)

Variáveis	Unidade Básica de Saúde (n=270)			Estratégia Saúde da Família (n=257)		
	Alto Escore (≥6,6)	Baixo Escore (<6,6)	p-value*	Alto Escore (≥6,6)	Baixo Escore (<6,6)	p-value*
	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
Atendimento pelo mesmo médico/enfermeira						
Alto escore	52(19,26)	32(11,85)	0,447	108(42,02)	6(21,79)	0,463
Baixo escore	16(39,26)	80(29,63)		57(22,18)	36(14,01)	
Entendimento das perguntas que seus pacientes lhe fazem						
Alto escore	138(51,11)	94(34,81)	0,426	132(51,36)	72(28,02)	0,741
Baixo escore	20(7,41)	18(6,67)		33(12,84)	20(7,78)	
Entendimento dos pacientes do quê você diz ou pergunta a eles						
Alto escore	78(28,89)	48(17,78)	0,290	68(26,46)	40(15,56)	0,724
Baixo escore	80(29,63)	64(23,70)		97(37,74)	52(20,23)	
Pacientes podem telefonar e falar com médico ou enfermeira que os conhece melhor						
Alto escore	118(43,70)	76(28,15)	0,219	70(27,24)	36(14,01)	0,607
Baixo escore	40(14,81)	36(13,33)		95(36,96)	56(21,79)	
Tempo suficiente aos pacientes para discutirem seus problemas ou preocupações						
Alto escore	119(44,07)	76(28,15)	0,177	122(47,47)	57(22,18)	0,045
Baixo escore	39(14,44)	36(13,33)		43(16,73)	35(13,62)	
Pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas						
Alto escore	91(33,70)	58(21,48)	0,344	70(27,24)	36(14,01)	0,607
Baixo escore	67(24,81)	54(20,00)		95(36,96)	56(21,79)	
Conhece "muito bem" os pacientes de seu serviço de saúde						
Alto escore	68(25,19)	47(17,41)	0,860	68(26,46)	44(17,12)	0,305
Baixo escore	90(33,33)	65(24,07)		97(37,74)	48(18,68)	
Sabe quem mora com cada um de seus pacientes						
Alto escore	11(4,07)	9(3,33)	0,740	22(8,56)	14(5,45)	0,676
Baixo escore	147(54,44)	103(38,15)		143(55,64)	78(30,35)	
Entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes						
Alto escore	79(29,26)	51(18,89)	0,469	79(30,74)	39(15,18)	0,397
Baixo escore	79(29,26)	61(22,59)		86(33,46)	53(20,62)	
Conhece o histórico médico completo de cada paciente						
Alto escore	31(11,48)	30(11,11)	0,165	20(7,78)	12(4,67)	0,830
Baixo escore	127(47,04)	82(30,37)		145(56,42)	80(31,13)	
Sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente						
Alto escore	24(8,89)	13(4,81)	0,399	13(5,06)	9(3,50)	0,601
Baixo escore	134(49,63)	99(36,67)		152(59,14)	83(32,30)	
Saberia sobre pacientes com dificuldades para obter ou pagar por medicamentos						
Alto escore	68(25,19)	44(16,30)	0,537	64(24,90)	26(10,12)	0,089
Baixo escore	90(33,33)	68(25,19)		101(39,30)	66(25,68)	
Sabe todos os medicamentos que pacientes estão tomando						
Alto escore	49(18,15)	38(14,07)	0,613	44(17,12)	18(7,00)	0,202
Baixo escore	109(40,37)	74(27,41)		121(47,08)	74(28,79)	
Escore longitudinalidade	158(58,52)	112(41,48)	0,005	165(64,20)	92(35,80)	<0,0001

*Teste do Qui-Quadrado de Pearson

Tabela 3. Regressão de Poisson bruta e ajustada às variáveis independentes que se mostraram associadas ao alto escore na APS na atenção à saúde de crianças e adolescentes com HIV (n=527)

Variáveis	RPb*	IC95%† Min - Máx	p-value	RPa‡	IC95%† Min - Máx	p-value
Idade						
<30 anos	1,099	1,025 -1,177	0,008	1,084	1,008- 1,167	0,030
>30 anos	ref.			ref.		
Formação						
Clínico Geral	1,138	1,003- 1,291	0,045	1,106	0,972- 1,258	0,127
Enfermeiro	1,144	1,008- 1,298	0,038	1,102	0,968- 1,254	0,142
Odontólogo	1,148	1,008- 1,307	0,038	1,113	0,976- 1,269	0,110
Ginecologista	1,127	0,967- 1,313	0,125	1,119	0,962- 1,302	0,145
Pediatra	ref.			ref.		
Vínculo com o serviço						
Estatutário	1,124	0,935- 1,352	0,212	1,114	0,921- 1,348	0,265
Celetista	1,153	0,955- 1,391	0,138	1,105	0,912- 1,339	0,308
Terceirizado	ref.			ref.		
Tempo de serviço						
<3anos	1,048	0,996- 1,104	0,072	1,030	0,973- 1,091	0,309
>3anos	ref.			ref.		
Cargo						
Coordenador	1,237	0,823- 1,858	0,306	-	-	-
Responsável Técnico	1,278	0,846- 1,930	0,244	-	-	-
Responsável ACS	ref.			ref.		

*RPb - Regressão de Poisson bruta; IC 95% - intervalo de confiança de 95%; ‡RPa - Regressão de Poisson ajustada por: Idade, Formação, Vínculo com o Serviço e Tempo de Serviço; ref. - valor de referência

Discussão

Na avaliação, o atributo longitudinalidade da APS para as crianças e adolescentes com HIV obteve alto escore (6,96). Isto indica que os profissionais consideravam obter a continuidade da atenção a essa população com uma relação interpessoal com os usuários. Este atributo também apresentou alto escore em outros estudos, que, embora não abordassem especificadamente a população com HIV, obtiveram resultados semelhantes sob a ótica de profissionais da saúde,^(9,10) dos cuidadores de crianças^(11,12) e dos adultos.⁽¹³⁾

No entanto, outros estudos divergem deste resultado na experiência dos cuidadores⁽¹⁴⁾ e dos profissionais,⁽¹⁵⁾ o que pode estar associado às falhas na

dimensão da continuidade informacional que deveria fazer parte da longitudinalidade nos serviços de APS brasileiros. Esta dimensão permite a conexão de informações entre diferentes profissionais para condução do caso, tanto na relação clínica, quanto no conhecimento sobre preferências, valores e contexto do indivíduo, para assegurar atendimento.⁽⁴⁾

A completude deste atributo é essencial na atenção de crianças e adolescentes, principalmente, no contexto de uma condição crônica como a infecção pelo HIV, que implica em uso cotidiano de medicamentos, e que se soma às características de pauperização da epidemia. Assim sendo, os profissionais da APS, por manterem uma relação ao longo do tempo com os usuários, tornam-se fonte regular de atenção.⁽¹⁶⁾ O contato constante dos profissionais com os usuários pressupõe a manutenção de vínculos duradouros, o que resulta em confiança e no conhecimento da realidade em que vivem. Para, a partir disso, produzir ações resolutivas, reduzindo a necessidade de utilização de serviços especializados para demandas de saúde que possam ser resolvidas na APS.⁽¹⁷⁾

Quanto às características sociodemográficas dos profissionais, houve associação da idade menor ou igual a 30 anos ao alto escore do atributo longitudinalidade. Este resultado pode estar associado a que os profissionais mais jovens estão sendo formados com uma visão ampliada da atenção à saúde justificada pela mudança curricular nos cursos de graduação. A formação em saúde tem enfatizado a capacitação profissional para atender as demandas da APS. Nesse sentido, programas do Ministério da Saúde e da Educação têm contribuído para reorientar a formação em saúde, capacitando os futuros profissionais para ações junto ao SUS.⁽¹⁸⁾ Convergente com esse resultado, profissionais de saúde de Porto Alegre/RS com média de idade de 43 anos avaliaram o atributo negativamente.⁽¹⁰⁾

Referente à formação profissional, ser clínico geral esteve associado ao alto escore do atributo longitudinalidade. É possível inferir que o médico clínico geral acredite na existência de uma relação interpessoal com os seus usuários. Esta relação é implícita devido ao acompanhamento contínuo realizado ao longo do tempo frente aos múltiplos episódios de doença e ao desenvolvimento de promoção da

saúde, sendo caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do usuário.⁽⁴⁾

Em contraponto a isso, apesar de não ter sido observado na presente pesquisa, um estudo apontou que equipes de APS com formação em pós-graduação, como a residência, apresentaram maior escore para o atributo longitudinalidade.⁽¹²⁾

Quanto aos itens que compõem o atributo longitudinalidade dicotomizado em alto e baixo escore, segundo o tipo de serviço, houve associação estaticamente significativa ao alto escore nos serviços de ESF no que se refere ao “Tempo suficiente aos pacientes para discutirem seus problemas ou preocupações”.

Destaca-se que alguns aspectos da relação interpessoal entre profissional e usuário favorecem a longitudinalidade na medida em que propiciam o vínculo,⁽¹⁶⁾ a familiaridade,^(19,20) a confiança,⁽²⁰⁾ respeito,⁽²¹⁾ e a comunicação a partir de uma abordagem integral.⁽¹⁹⁾ Quando há o fortalecimento dessa relação, há, portanto, maior engajamento visando promover a saúde, permitindo um espaço de escuta e esclarecimento de dúvidas.⁽¹¹⁾

Em relação ao tempo de atendimento, grande parte dos profissionais acreditava oferecer tempo suficiente para conversar sobre problemas e preocupações acerca das crianças e adolescentes com HIV em seus serviços de saúde. Essa tendência está relacionada ao tempo adequado na consulta, à atenção disponibilizada, à comunicação eficaz e aos laços de confiança estabelecidos, sendo fortalecida por meio do comprometimento dos profissionais com a situação de saúde do indivíduo.⁽¹⁷⁾ Nesse sentido, a preocupação dos profissionais em resolver os problemas em seu território possibilita o reconhecimento do serviço de saúde como a fonte habitual de atenção, o que favorece a continuidade e o atendimento individualizado.⁽²²⁾

Em geral, a ESF obteve melhor avaliação relacionada ao atributo longitudinalidade quando comparada à UBS. Essa diferença a favor da ESF também foi evidenciada em estudos no Estado do Rio Grande do Sul⁽²³⁾ e Paraná.⁽⁹⁾ Este resultado sugere que os profissionais destas equipes de ESF percebem maior vinculação dos usuários aos serviços, sendo capazes de reconhecer sua população adscrita.⁽⁹⁾ Entretanto, estudo aponta quanto à rotatividade dos profissionais

atuantes na ESF de municípios do RS sendo prejudicial para o desempenho do atributo longitudinalidade e da efetividade das ações desenvolvidas. Frente a isso, há a necessidade de promover mudanças em relação aos vínculos trabalhistas, às condições de trabalho e à formação de trabalhadores, em vistas à constituição de vínculo às unidades de saúde para o desempenho da atenção à saúde contínua aos usuários.⁽²⁴⁾

O ineditismo da aplicação deste instrumento a essa população sugere a necessidade de avaliações similares que auxiliem no aprimoramento da atenção à saúde e de políticas públicas. Entretanto, salienta-se que a generalização dos dados deve ser feita com cautela, uma vez que o instrumento não é específico à população com HIV.

Conclusão

Conclui-se que os resultados da avaliação do atributo longitudinalidade da APS, na experiência dos profissionais, apontaram que os itens foram satisfatórios à atenção à criança e ao adolescente com HIV. O acompanhamento pelo mesmo profissional utilizando-se da continuidade informacional produz ações resolutivas, reduzindo a necessidade de utilização de atendimento especializado. Embora o atendimento longitudinal esteja na prática profissional, somente será possível se for prioridade da organização local da saúde, pois envolve, além de oferta adequada de saúde ao usuário, a fixação profissional no serviço de saúde. Cabe à equipe de profissionais e gestores atribuir prioridades na implementação de ações às necessidades de crianças e adolescentes com HIV. O serviço de APS e o especializado devem se articular, mantendo a APS como fonte de referência. Por fim, como implicações práticas, indica-se a necessidade da construção e validação de um instrumento específico para as crianças e adolescentes com HIV.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos Professores Doutores Luis Felipe Dias Lopes, pelo auxílio durante a etapa de análise dos dados, Maria Denise Schimith e Erno Harzheim, pelas contribuições que qualificaram a estrutura e o conteúdo científico deste estudo. Além

disso, os autores agradecem às fontes de financiamento: Programa de Pesquisa para o SUS e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (PPSUS/FAPERGS-2013-2014): Número do Processo: 1217-2551/13-0; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - edital Universal (2013-2016): Número do Processo: 482554/2013-4; Produtividade em Pesquisa- PQ-2014. Número do Processo: 307350/2014-2.

Colaborações

Paula CC e Padoim SMM contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Silva CB e Kleinubing RE colaboraram com a análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Ferreira T contribuiu com a redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

- Motta MG, Pedro EN, Neves ET, Issi HB, Ribeiro NR, Wachholz NI, et al. [Child with HIV/AIDS: perception of the antiretroviral treatment]. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33(4):48-55. Portuguese.
- Palácio MB, Figueiredo MA, Souza LB. [HIV/AIDS care and primary health care: Possibilities of assistance integration]. *Psico (Porto Alegre).* 2012; 43(3):360-67. Portuguese.
- Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Brasília(DF); UNESCO; 2002.
- Paula CC, Silva CB, Nazário EG, Ferreira T, Schimith MD, Padoim SM. [Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa]. *Rev Eletr Enferm [Internet].* 2015[cited 2017 Jan 31];17(4). Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a20.pdf>. Portuguese.
- Cecílio LC. [Theoretical and conceptual notes on evaluative processes taking the multiple dimensions of healthcare management into account]. *Interface (Botucatu).* 2011; 15(37): 589-99. Portuguese.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, 1966. *Milbank Q.* 2005; 83(4):691-729.
- Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics.* 2000; 105(4 Pt 2):998-1003.
- Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Steinl AT. [Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services]. *Cad Saúde Pública.* 2016; 22(8):1649-59. Portuguese.
- Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. [Evaluation of the presence and extension of the attributes of primary care in Curitiba]. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8(29):294-303. Portuguese.
- Hauser L, Castro RC, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, et al. [Translation, adaptation, validity and reliability of the Instrument for Assessment of Primary Health Care(PCATool) in Brazil: version of health professionals]. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8(29):244-55. Portuguese.
- Braz JC, Mello DF, David YG, Teixeira SA, Prado AS, Furtado MCC [Longitudinality and comprehensive care of children under one year old: assessment of caretakers]. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2013; 46(4):416-23. Portuguese.
- Leão CD, Caldeira AP. [Assessment of the association between the qualification of physicians and nurses in primary healthcare and the quality of care]. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(11):4415-23. Portuguese.
- Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, de Oliveira MMC, et al. [Validity and reliability of the Argentine version of the PCAT-AE for the evaluation of primary health care]. *Rev Panam Salud Publica.* 2013; 33(1):30-9. Spanish.
- Marques AS, Freitas DA, Leão CD, Oliveira SK, Pereira MM, Caldeira AP. [Primary care and maternal and child health: perceptions of caregivers in a rural 'quilombola' community]. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014; 19(2):365-71. Portuguese.
- Vitoria AM, Harzheim e, Takeda SP, Hauser L. [Evaluation of primary health care attributes in Chapecó, Brazil]. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8(29):285-93. Portuguese.
- Katz DA, McCoy K, Sarrazin MV. Does improved continuity of primary care affect clinician-patient communication in VA? *J Gen Intern Med.* 2014; 29(2 Supl):682-8.
- Baratieri T, Mandu EN, Marcon SS. [Longitudinalidad en el trabajo del enfermero: relatos de la experiencia profesional]. *Rev Esc Enferm USP;* 46(5):1260-7. Portuguese.
- Silva JG, Lemos SR, Jesus ML, Lobo MF, Alves CG, Sousa MF, et al. [Contribution of the work health education program to university training]. *Rev Ciênc Ext.* 2016; 12(1):105-13. Portuguese.
- Schultz K, Delva D, Kerr J. Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship. *Can Fam Physician.* 2012; 58(2):178-85.
- Waibel S, Henao D, Aller M-B, Vargas I, Vázquez M-L. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Health Care.* 2012; 24(1):39-48.
- Lima CA, Oliveira AP, Macedo BF, Dias OV, Costa SM. [Professional-user of family health relationship: perspective of contractualist bioethics]. *Rev Bioet.* 2014; 22(1):152-60. Portuguese.
- Arce VA, Sousa MF. [Practices of longitudinality in the Family Health strategy in Distrito Federal, Brazil]. *Cad Saúde Coletiva.* 2014; 22(1):62-8. Portuguese.
- Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. [Quality assessment of primary care by health professionals: a comparison of different types of services]. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(9):1772-84. Portuguese.
- Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. [The benefits and challenges of the family health strategy in brazilian primary health care: a literature review]. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016; 21(5):1499-1509. Portuguese.