

**Avaliação em saúde dos serviços de alta complexidade referência à assistência em
HIV/AIDS**

**Health assessment of high complexity services reference HIV/AIDS to assistance
Evaluación de salud de los servicios de alta complejidad referencia a la asistencia al
HIV/SIDA**

Recebido: 14/05/2020 | Revisado: 19/05/2020 | Aceito: 20/05/2020 | Publicado: 27/05/2020

Sâmara Fontes Fernandes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2105-0248>

Universidade Estadual do Ceará, Brasil

E-mail: saminhafontes@hotmail.com

Themis Cristina Mesquita Soares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3724-2647>

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: themiscris@hotmail.com

Antonia Gomes de Almeida Neta

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1900-8291>

Faculdade Integrada de Patos, Brasil

E-mail: antoniaalmeida14@outlook.com

José Giovanni Nobre Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6169-6396>

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: jgiovaninobre@gmail.com

Harlon França de Menezes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9884-6511>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: harlonmenezes@hotmail.com

Cintia Capistrano Teixeira Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3755-8978>

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: cintiarocha_4@hotmail.com

Richardson Augusto Rosendo da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6290-9365>

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: rirosendo@hotmail.com

Resumo

A Atenção Terciária ou Alta Complexidade é compreendida por ser um conjunto de serviços altamente especializados, com recursos tecnológicos de alta densidade e de alto custo. Objetiva-se avaliar os serviços de alta complexidade de referência à assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS do Rio Grande do Norte. Este trabalho consiste em uma pesquisa descritiva e analítica desenvolvida nos serviços de alta complexidade em HIV/AIDS do Rio Grande do Norte, consistindo em Hospitais de Doenças Infectocontagiosas de referência, os quais assumiram os codinomes HGT e HRF. Utilizaram-se de dados secundários provenientes dos relatórios emitidos pelas instituições e Ministério da Saúde, a partir do Questionário Qualiaids (versão 2017). Discutiu-se apenas os domínios categorizados em padrão 0 (insatisfatório) e analisados conforme a Análise de Conteúdo de Bardin (2009). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN sob Parecer: 2.567.260. A partir da análise dos 76 indicadores presentes no Qualiaids, o HGT teve 28 indicadores classificados no padrão 0, sendo 12 de assistência, 07 de gerenciamento e 09 de recursos, enquanto que, o HRF teve 17 indicadores, sendo 06 de assistência, 06 de gerenciamento e 05 de recursos. Vislumbra-se realidades semelhantes em ambos os hospitais de alta complexidade do estado, no entanto, enfrentando dificuldades relacionadas a assistência, recursos e gerenciamento, no entanto, segundo a avaliação dos indicadores o HRF encontra-se melhor estruturado em relação ao HGT.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Atenção terciária à saúde; HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Indicadores de serviços.

Abstract

Tertiary Care or High Complexity is understood to be a set of highly specialized services, with high-density and high-cost technological resources. The objective is to evaluate the highly complex services of reference to assistance to people living with HIV / AIDS in Rio Grande do Norte. This work consists of a descriptive and analytical research developed in the services of high complexity in HIV / AIDS in Rio Grande do Norte, consisting of reference Hospitals of Infectocontagious Diseases, which took the codenames HGT and HRF.

Secondary data from the reports issued by the institutions and the Ministry of Health were used, based on the Qualiaids Questionnaire (version 2017). Only the domains categorized in standard 0 (unsatisfactory) and discussed according to Bardin's Content Analysis (2009) were discussed. The research was approved by the Research Ethics Committee - CEP of the State University of Rio Grande do Norte - UERN under Opinion: 2,567,260. From the analysis of the 76 indicators present in Qualiaids, the HGT had 28 indicators classified in standard 0, being 12 of assistance, 07 of management and 09 of resources, while, the HRF had 17 indicators, being 06 of assistance, 06 of management and 05 resources. Similar realities are seen in both high complexity hospitals in the state, however, facing difficulties related to assistance, resources and management, however, according to the evaluation of the indicators, HRF is better structured in relation to HGT.

Keywords: Health assessment; Tertiary health care; HIV; Acquired immunodeficiency syndrome; Service indicators.

Resumen

La atención terciaria o alta complejidad se entiende como un conjunto de servicios altamente especializados, con recursos tecnológicos de alta densidad y alto costo. El objetivo es evaluar los servicios altamente complejos de referencia a la asistencia a las personas que viven con el VIH / SIDA en Rio Grande do Norte. Este trabajo consiste en una investigación descriptiva y analítica desarrollada en los servicios de alta complejidad en VIH / SIDA en Rio Grande do Norte, que consiste en hospitales de referencia de enfermedades infecciosas infecciosas, que tomaron los nombres en clave HGT y HRF. Se utilizaron datos secundarios de los informes emitidos por las instituciones y el Ministerio de Salud, basados en el Cuestionario de Qualiaids (versión 2017). Solo se discutieron los dominios categorizados en el estándar 0 (insatisfactorio) y discutidos de acuerdo con el Análisis de contenido de Bardin (2009). La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación - CEP de la Universidad Estatal de Río Grande del Norte - UERN bajo la Opinión: 2,567,260. Del análisis de los 76 indicadores presentes en Qualiaids, el HGT tenía 28 indicadores clasificados en el estándar 0, siendo 12 de asistencia, 07 de gestión y 09 de recursos, mientras que el HRF tenía 17 indicadores, siendo 06 de asistencia, 06 de gestión y 05 recursos. Se observan realidades similares en ambos hospitales de alta complejidad en el estado, sin embargo, al enfrentar dificultades relacionadas con la asistencia, los recursos y la gestión, sin embargo, de acuerdo con la evaluación de los indicadores, HRF está mejor estructurado en relación con la HGT.

Palabras clave: Evaluación de la salud; Atención terciaria de salud; HIV; Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Indicadores de servicio.

1. Introdução

O cuidado em saúde é um elemento complexo que se estende desde a assistência integral que permita ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde, até a organização sistematizada dos serviços com seus modelos de atenção, gestão e linhas de cuidado, fortalecidos a partir do planejamento estratégico em saúde e responsabilização dos autores envolvidos (Seixas, 2019).

Um cuidado que seja: integral, resolutivo e dinâmico do tipo que é tão almejado para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos objetivos da estruturação da Rede de Atenção em Saúde (RAS), a qual consiste na organização dos serviços em níveis de atenção básica, média e alta complexidade, propondo assim um conjunto de ações individuais e coletivas específicas e desenvolvidas conforme as necessidades da população, demandas do território e serviços de saúde (Siochetta, 2019).

Os arranjos organizacionais da assistência a partir dos diferentes níveis de atenção a saúde, dispõem de conjuntos de serviços com instrumentação tecnológica distintas e qualificação especializada dos recursos humanos, os quais se articulam e são direcionados a necessidades de saúde específicas, conforme a complexidade dos casos atendidos (Gomide, 2017) (Mendes, 2011). Respeitando o princípio da descentralização e da regionalização dos serviços de saúde, os quais possuem responsabilidades específicas e compartilhadas, para garantir a integralidade da atenção a saúde.

Os serviços de atenção primária a saúde (APS) ou atenção básica (AB), são altamente descentralizados nos territórios e são direcionados a promoção e prevenção da saúde, assumindo a coordenação do cuidado. Já a média complexidade dispõe de atendimento à agravos de saúde mais específicos que necessitem de profissionais especializados e apoio diagnóstico e terapêutico. E na alta complexidade, os serviços disponíveis são altamente especializados com uso de recursos tecnológicos de alta densidade e custo, disponíveis ao tratamento e reabilitação de casos complexos e, por isso, são menos descentralizados e concentrados nas grandes cidades (Tonelotto, 2019).

Quando se trata da assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV) é necessário que seja estabelecido como necessidade prioritária a organização dessa Rede e efetivação dessa linha do cuidado, visto que, a mesma não consiste em uma Rede temática do

SUS e, portanto, enfrenta uma série de dificuldades que comprometem a sua atenção em saúde, principalmente, por serem usuários considerados complexos e por isso estão expostos a uma maior vulnerabilidade e negligência de acesso adequado aos serviços, sendo necessário intervenções mais coordenadas, para garantir uma assistência integral (Moreira, 2017).

Na reorganização do modelo de atenção às PVHIV, os níveis de atenção assumem responsabilidades distintas em episódios diferentes na linha de cuidado desta população. A AB assume papel crucial no controle da epidemia, no atendimento das metas 90-90-90 e no manejo clínico de alguns casos, enquanto que a atenção terciária deveria ser responsável pelos casos mais graves e com acometimento de infecções oportunistas e comorbidades (Pinto, 2019).

Portanto, para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade à esta população, os serviços de saúde devem estar organizados na rede de atenção, ter clareza de seus papéis, possuir recursos financeiros e humanos para ter condições de desenvolver uma assistência a saúde de qualidade e resolutiva. Assim, avaliar estes serviços de saúde esta diretamente relacionado a verificação do impacto dos mesmos no cuidado integral a PVHIV (Loch, 2018).

No Rio Grande do Norte (RN), os serviços de AB são descentralizados em todo o território estadual, a média complexidade nas cidades médias e a alta complexidade centralizados nas grandes cidades do estado, o que compromete a organização da RAS e da linha do cuidado direcionada às PVHIV.

Para além disso, os serviços de atenção básica não se responsabilizam pelos sujeitos, não realizando um acompanhamento efetivo, enquanto, alguns Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) se encontram desestruturados e com equipe multidisciplinar insuficiente ao atendimento, causando, conseqüentemente alto índice de referência aos serviços de atenção terciária do estado, os quais se responsabilizam pelo cuidado “integral” às PVHIV, atuando de maneira solitária e sobrecarregada.

Portanto, avaliar os serviços de alta complexidade dispostos na RAS às pessoas vivendo com HIV/AIDS do RN é estabelecer um diagnóstico situacional da assistência em saúde a esta população, então, qual a qualidade da assistência desenvolvida pelos serviços de alta complexidade do RN às pessoa vivendo com HIV/AIDS?

Assim, objetiva-se avaliar os serviços de alta complexidade de referência à assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS do Rio Grande do Norte.

2. Metodologia

Este trabalho consiste em uma pesquisa descritiva como orienta Pereira et al. (2018) e, analítica sobre os serviços de alta complexidade em HIV/AIDS do Rio Grande do Norte (RN), o qual segundo o Plano Diretor de Regionalização – PDR (2016), possui 08 Regiões de Saúde.

Atualmente, a Rede de Atenção a Saúde à pessoa vivendo com HIV/AIDS no RN é organizada em: 1) Atenção básica nos municípios; 2) Média complexidade - Hospitais Convencionais (HC) e Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE adulto e Materno infantil); 3) Alta complexidade - Hospitais de Doenças Infectocontagiosas de referência e Maternidades com plano de prevenção à transmissão vertical de HIV implantadas (Fernandes, 2018).

Como locus do estudo, foram incluídos os Hospitais de Doenças Infectocontagiosas de referência, os quais assumiram os codinomes de HGT e HRF, localizados nas cidades de Natal e Mossoró, respectivamente. Excluindo deste grupo as maternidades, já que o trabalho não se dispõe a discutir as interfaces com saúde materno-infantil.

Utilizou-se dados secundários provenientes dos relatórios do Questionário Qualiaids (versão 2017), emitidos pelas instituições e Ministério da Saúde, o mesmo é validado e utilizado, principalmente, para avaliar a qualidade de serviços de saúde do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/AIDS no Brasil.

O questionário conta com 82 questões fechadas, abertas e de múltiplas escolhas, sendo consideradas apenas 76 questões para critério de avaliação dos serviços, organizadas em três domínios: 1-Organização do processo de assistência (Processo), 2- Gerência técnica do trabalho (Gerência) e 3- Disponibilidade dos recursos (Estrutura), conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 - Dimensão, domínios e indicadores correspondentes ao Questionário Qualiaids.

| DIMENSÃO | DOMÍNIO | INDICADOR |
|--|--|-----------|
| Organização do processo de assistência | Acolhimento de pacientes novos | 5 |
| | Atividades específicas de adesão ao tratamento | 4 |
| | Organização geral da assistência de enfermagem | 4 |
| | Organização geral da assistência de outros profissionais | 4 |
| | Organização geral da assistência médica | 7 |
| | Organização geral do trabalho | 6 |
| | Orientação e aconselhamento | 2 |
| Gerência técnica do trabalho | Capacitação e experiência dos profissionais | 2 |
| | Comunicação e interação serviço-paciente-comunidade | 2 |
| | Coordenação do trabalho | 11 |
| | Registros, avaliação, monitoramento e planejamento | 8 |
| Disponibilidade dos recursos | Capacitação e experiência dos profissionais | 1 |
| | Disponibilidade de profissionais da equipe mínima | 5 |
| | Estrutura física | 2 |
| | Medicamentos, insumos, exames e referências | 13 |
| Total de indicadores | | 76 |

Fonte: Nemes & Equipe Qualiaids (2017).

Conforme as respostas dos serviços, foram adotados três padrões de avaliação e pontuação: Melhor padrão de assistência – 2, Padrão média de assistência – 1 e Padrão insatisfatório – 0, conforme demonstrado no Quadro 01. Discutiu-se apenas os domínios categorizados em Padrão 0, por se encontrarem em padrões inaceitáveis de saúde, entendendo que os demais categorizados em 2 e 1, já estão nos moldes pré-estabelecidos e são considerados como um padrão aceitável de assistência. Entretanto, vale salientar, que em todos domínios existiram respostas consideradas insatisfatórias (padrão 0), diferenciando apenas no quantitativo e no peso das mesmas, o que interfere na média geral de cada variável.

Os indicadores foram analisados conforme a Análise de Conteúdo de Bardin (2011), organizado em três fases: 1 - Pré-análise, na qual ocorre a organização dos documentos, objetivos e indicadores a serem estudados, ou seja, elaborado um plano de trabalho; 2 - Exploração do material, na qual há a operacionalização e sistematização da análise, cumprindo as metas traçadas na fase anterior e; 3 - Tratamento dos resultados, onde os dados brutos são transformados em resultados/informações a partir de operações estatísticas,

modelos, diagramas etc (Bardin, 2011). Sempre considerando, o impacto daquele indicador na assistência desenvolvida no serviço.

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, aprovado sob CAAE: 81787717.8.0000.5294 e Número do Parecer: 2.567.260.

3. Resultados

O HGT situa-se na capital do estado, Natal-RN, enquanto o HRF se encontra na cidade de Mossoró-RN, ambos considerados hospitais de referência para doenças infectocontagiosas em todo o RN.

Atualmente, segundo informações do QualiAids, o HGT acompanha 2.390 pessoas que vivem com HIV/AIDS de todo o território estadual, destas 1.726 fazem uso de TARV (72% dos pacientes). A equipe atual consiste em: 12 médicos (01 para 217 pacientes), 02 enfermeiros (01 para 1.195 pacientes), 03 farmacêuticos (01 para 797 pacientes), 10 técnicos de enfermagem (01 para 239 pacientes), 01 psicólogo, 01 assistente social e 01 nutricionista.

Enquanto que, o HRF acompanha 978 pessoas que vivem com HIV/AIDS de todo o RN, destas 960 fazem uso de TARV (98% dos pacientes). A equipe atual consiste em: 05 médicos (01 para 163 pacientes), 03 enfermeiros (01 para 326 pacientes), 03 psicólogos (01 para 326 pacientes), 05 farmacêuticos (01 para 196 pacientes), 07 assistentes sociais (01 para cada 140 pacientes), 04 técnicos de enfermagem (01 para 245 pacientes), 02 fisioterapeutas (01 para cada 489 pacientes), 03 nutricionistas (01 para cada 326 pacientes) e 01 odontólogo.

Conforme o critério de análise dos indicadores que foram classificados com padrão 0, o HGT obteve dois domínios classificados como insatisfatório, a Assistência e os Recursos, enquanto que o HRF teve apenas um domínio classificado nesta categoria, a Gerência. Vale salientar, que todas os domínios apresentam respostas caracterizadas como insatisfatórias, no entanto, quando estas somam a maioria é que impacta negativamente induzindo a classificação no padrão 0.

O HGT teve 28 indicadores classificados no padrão 0, sendo 12 de assistência, 07 de gerenciamento e 09 de recursos. Enquanto, o HRF teve 17 indicadores, sendo 06 de assistência, 06 de gerenciamento e 05 de recursos, conforme a Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 - Relação entre Domínios, Questões e Padrão das respostas do Qualiaids no HGT e HRF.

| PADRÃO | DOMÍNIOS | | |
|-----------------|--|-----------------------------------|--|
| | HGT | | |
| | ASSISTÊNCIA | GERENCIAMENTO | RECURSOS |
| PADRÃO 0 | A15, A17, A18, A20, A21, A25, A35, A42, A44, A45, A47, A48 | G32, G49, G60, G67, G69, G74, G79 | R9, R10, R10, R10, R51, R52, R53, R54, R56 |
| PADRÃO 0 | HRF | | |
| | ASSISTÊNCIA | GERENCIAMENTO | RECURSOS |
| | A23, A24, A28, A30, A48, A59. | G69, G72, G74, G75, G78, G80 | R52, R53, R54, R56, R64 |

Fonte: Nemes & Equipe Qualiaids (2017).

Como demonstrado na Tabela 1, o HRF possui em todos os domínios menos variáveis qualificadas em padrão 0, somando o total de 17 indicadores, enquanto o HGT totaliza 27 indicadores no mesmo padrão. Considera-se que padrão 0 qualifica variáveis de maneira insatisfatória, ou seja, que não atende as necessidades assistenciais e aos protocolos definidos pelo Ministério de Saúde e, portanto, demonstra menor qualidade e adequação as reais necessidades dos serviços de saúde.

Assistência

Em relação ao domínio de Organização da Assistência os 18 indicadores classificados como padrão 0 são categorizados nos domínios de: organização geral do trabalho, acolhimento de novos pacientes, organização da assistência de enfermagem, organização da assistência de outros profissionais, organização da assistência médica e atividades específicas de adesão ao tratamento, demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 - Questões, domínios e critério de indicadores para a organização da Assistência no HGT e HRF classificada em Padrão 0 (Qualiaids).

| QUESTÃO | DOMÍNIO | CRITÉRIO DO INDICADOR | HOSPITAL |
|---------|--|---|----------|
| A15 | Organização geral do trabalho | Busca de pessoas com sorologia positiva que não retornaram ao serviço | HGT |
| A59 | | Oferta de tratamento para pacientes com coinfeção por tuberculose | HRF |
| A24 | | Vínculo paciente e equipe | HRF |
| A17 | | Primeiro atendimento | HGT |
| A18 | Acolhimento de pacientes novos | Modo de realização da profilaxia pós exposição (PEP) | HGT |
| A20 | | Formas de encaminhamento dos não-matriculados | HGT |
| A21 | | Primeiro atendimento: tempo de espera para a primeira consulta médica | HGT |
| A35 | | Procedimentos de enfermagem após o atendimento médico | HGT |
| A42 | Organização geral da assistência de enfermagem | Atividades do auxiliar/técnico de enfermagem | HGT |
| A44 | Organização geral da assistência de outros profissionais | Atividades do psicólogo | HGT |
| A45 | | Atividades do assistente social | HGT |
| A25 | | Formas de acesso ao atendimento odontológico | HGT |
| A47 | | Atividades dos médicos infectologistas e clínicos | HGT |
| A48 | Organização geral da assistência médica | Assistência em lipodistrofia | HGT/ HRF |
| A28 | | Tempo médio de consulta médica de retorno | HRF |
| A23 | | Formas de marcação de horário de consulta médica | HRF |
| A30 | | Intervalo entre consultas médicas, no início ou troca de TARV | HRF |

Fonte: Nemes & Equipe Qualiaids (2017).

Conforme a Tabela 2, dos 18 indicadores classificados em padrão 0: 12 são do HGT e 06 do HRF, apenas um indicador se repete em ambos os serviços, o A48 que discute sobre a assistência em lipodistrofia. Percebe-se uma predominância de variáveis do HGT nas categorias: acolhimento de pacientes novos, organização da assistência de enfermagem e de outros profissionais, enquanto o HRF predomina na organização geral do trabalho, assistência

médica e atividades de adesão terapêutica, portanto, os mesmos demonstram as fragilidades mais frequentes das referidas instituições.

Em relação a categoria Organização geral do trabalho foi levantado fragilidades relacionadas: 1-a conduta do serviço em casos do não retorno do paciente com sorologia positiva para HIV, o qual aguarda retorno espontâneo do usuário; 2- agendamentos de retorno serem marcados conforme a disponibilidade da agenda do profissional, não considerando o acompanhamento pelo mesmo profissional e; 3- encaminhamentos de casos de coinfeção por tuberculose para outros serviços.

Na categoria Acolhimento de pacientes novos as lacunas evidenciadas foram: 1-o não atendimento imediato de pessoas já diagnosticadas com HIV/AIDS; 2- encaminhamento de usuários não matriculados para outros serviços com guia/carta; 3-tempo de espera de até 2 meses para primeiro atendimento médico e; 4-não realização da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) no HGT.

Acerca da Organização geral da assistência de Enfermagem, considera-se que quando a mesma ocorre após procedimentos médicos é direcionada apenas a orientações de hábitos saudáveis e qualidade de vida, enquanto que as únicas atividades realizadas pelo técnico/auxiliar de enfermagem são as orientações e verificação de queixas agudas.

Enquanto que na categoria de Organização geral de outros profissionais, ressalta que não existe atendimento odontológico e as atividades realizadas pelo psicólogo e assistente social, foram reduzidos a atividades individuais, não considerando a família do paciente e nem a equipe de saúde do serviço, visto que ambos são fortemente influenciados pelo manejo clínico de PVHIV.

Já na categoria Organização geral da assistência médica foi constatado a redução de atuação do profissional médico clínico e infectologista em apenas consultas de casos novos e de seguimento, prescrição de Antirretrovirais (ARV), solicitação de exames e encaminhamento para outros especialistas e consulta em conjunto com outros profissionais. E em relação ao atendimento da lipodistrofia e na síndrome metabólica, foram considerados apenas as mudanças da ARV quando necessário, prescrição de tratamento quando diagnosticadas e a realização de preenchimento facial em até 90 dias, quando necessário. Negligenciando o apoio psicossocial necessárias neste caso e práticas alternativas.

E, por fim, na categoria de Atividades específicas de adesão ao tratamento, a dificuldade mais apresentada foram acerca do agendamento de pacientes, as quais, considerando o tempo de 15 minutos por consulta médica de retorno, apresentando um intervalo de 30 dias entre consultas, principalmente, no início ou na troca da Terapia

Antirretroviral (TARV) (A30), sendo considerado um prazo longo para retorno, aumentando os riscos de não adesão ao tratamento.

Gerenciamento

Em relação ao domínio de Gerenciamento técnico do trabalho, o mesmo apresenta 13 indicadores com padrão 0 categorizados nos domínios de: Registros, Avaliação, monitoramento e planejamento, Coordenação do trabalho e Capacitação e experiência dos profissionais, exemplificado na Tabela 3, a seguir.

Tabela 3 - Questões, domínios e critério de indicadores para o Gerenciamento Técnico do Trabalho no HGT E HRF classificada em Padrão 0 (Qualiaids).

| QUESTÃO | DOMÍNIO | CRITÉRIO DO INDICADOR | HOSPITAL |
|------------|--|--|------------|
| G32 | | Monitoramento das taxas de adesão à TARV | HGT |
| G79 G75 | Registros, Avaliação, monitoramento e planejamento | Utilização de dados epidemiológicos e outras informações de saúde para avaliação | HGT HRF |
| G78 | | Periodicidade das avaliações das atividades assistenciais | HRF |
| G49 | | Trabalho em rede: atividades do SAE desenvolvidas com atenção básica | HGT |
| G60 | | Trabalho em rede: formas de encaminhamento para outros serviços da rede | HGT |
| G69 | Coordenação do trabalho | Reuniões para discussão de casos, condutas e protocolos | HGT/HRF |
| G74 | | Supervisão técnica para os profissionais | HGT/ HRF |
| G72 | | Reuniões de equipe | HRF |
| G67 | | Categorias profissionais que participaram de capacitação | HGT |
| G80 | Capacitação e experiência dos profissionais | Mecanismos formais de encaminhamento de reclamações dos pacientes | HRF |

Fonte: Nemes & Equipe Qualiaids (2017).

De acordo com a Tabela 3, dos 13 indicadores classificados em padrão 0: 07 são do HGT e 06 do HFR, demonstrando um equilíbrio neste domínio, no qual as instituições compartilham as mesmas dificuldades e aparecem nas mesmas categorias, repetindo indicadores como, por exemplo, o G69 e G74, os quais discutem a periodicidade de reuniões para discussão de casos, condutas e protocolos e supervisão técnica das mesmas.

Considerando a categoria de Registros, Avaliação, monitoramento e planejamento, elencou-se como fragilidade o acompanhamento da taxa de adesão a TARV pelos pacientes acompanhados, avaliado através da porcentagem de faltas em consultas agendadas.

Na categoria Coordenação de trabalho identificou algumas fragilidades como: 1-trabalho em rede; 2-parcerias entre o hospital e demais serviços disposto na RAS, referenciando não estabelecer vínculo com outros pontos da rede e; 3-acesso a exames e especialidades não disponíveis no serviço, os quais são encaminhados para outras instituições com guia/carta, respectivamente e; 4-reuniões de equipe para discussão de casos.

Enquanto que na categoria Capacitação profissional da equipe, apenas médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos e fonoaudiólogos relataram participar de constantes treinamentos na própria instituição e em outros locais. Vislumbra-se que nem todas as categorias profissionais referenciaram participar da educação permanente, detendo apenas as de nível superior, não havendo participação das de nível médio neste processo.

Recursos

E por fim, o domínio Recursos é composto por 14 indicadores classificados como Padrão 0 classificados nas categorias: Disponibilidade de profissionais da equipe mínima e Medicamentos, insumos, exames e referências, demonstrado na Tabela 4 a seguir.

Tabela 4 - Questões, domínios e critério de indicadores para a disponibilidade de Recursos no HGT e HRF classificada em Padrão 0 (Qualiaids).

| QUESTÃO | DOMÍNIO | CRITÉRIO DO INDICADOR | HOSPITAL |
|---------|---|--|----------|
| R9 | | Hora médico/número de pacientes | HGT |
| R10 | Disponibilidade de profissionais da equipe mínima | Número de enfermeiros/número de pacientes | HGT |
| R10 | | Número de aux. ou técn. De enfermagem/número de pacientes | HGT |
| R10 | | Número de assistentes sociais/número de pacientes | HGT |
| R51 | | Medicamentos antirretrovirais | HGT |
| R52 | | Medicamentos para distúrbios metabólicos | HRF/ HGT |
| R53 | | Medicamentos para profilaxia primária de infecções oportunistas - não micobacterianas | HRF/ HGT |
| R54 | Medicamentos, insumos, exames e referências | Medicamentos para profilaxia secundária de infecções oportunistas - não micobacterianas | HRF/ HGT |
| R56 | | Medicamentos para infecções sexualmente transmissíveis (IST) | HRF/ HGT |
| R64 | | Trabalho em rede: Exames para diagnóstico e seguimento de intercorrências e comorbidades | HRF |

Fonte: Nemes & Equipe Qualiaids (2017).

Em consonância com a Tabela 4, dos 14 indicadores padrão 0: 9 são do HGT e 5 do HRF, repetindo-se 04 indicadores em ambos os serviços, R52, R53, R54, R56, os quais discutem acerca dos medicamentos, insumos, exames e referências. No entanto, mesmo compartilhando, em sua maioria, das mesmas variáveis e portanto, das mesmas dificuldades, o HGT se sobressai quando aparece sozinho no domínio acerca de disponibilidade de profissionais da equipe mínima, demonstrando maiores fragilidades.

Em relação a categoria de Disponibilidade de profissionais da equipe mínima, percebe-se que há uma insuficiência profissional em quase todas as categorias, evidenciando uma deficiência maior no HGT. Em relação aos médicos, existem: 07 infectologistas atendendo 20 horas semanais cada um, 05 médicos de outras especialidades atendendo 16 horas semanais cada e 05 residentes atendendo 15 horas semanais cada um, não contando com

a presença de clínicos gerais na equipe. Com esse número de profissionais em relação ao quantitativo de pacientes acompanhados, vislumbra-se que cada médico atende cerca de 200 pacientes.

Enfatizando a ausência de alguns profissionais necessários como: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, odontólogo, fisioterapeuta e educador físico, além de terem outros em pequena disponibilidade.

Já acerca da categoria Medicamentos, insumos, exames e referências, as maiores fragilidades são apontadas como a falta de alguns medicamentos antirretrovirais por um período de 30 dias, falta constante da maioria de medicamentos para distúrbios metabólicos (Metformina; Glicazida, Glibenclamida ou Glimepirida; Fibratos; Estatinas; Ezetimiba; Vitamina D; Alendronato; Cálcio), profilaxia primária de infecções oportunistas - não micobacterianas (Sulfametoxazol-Trimetropin; Azitromicina; Ácido folínico; Claritromicina; Dapsona; Pirimetamina; Sulfadiazina), profilaxia secundária de infecções oportunistas - não micobacterianas (Itraconazol; Fluconazol; Clindamicina; Sulfametoxazol-Trimetropin; Azitromicina; Ácido folínico; Claritromicina; Dapsona; Pirimetamina; Sulfadiazina) e para IST's (Metronidazol; Clindamicina; Miconazol ou Nistatina creme; Fluconazol ou Itraconazol; Azitromicina; Ciprovoxacino; Ceftriaxone; Amoxicilina; Aciclovir; Doxicilina; Penicilina Benzatina), respectivamente.

Há também a categorização dos exames para diagnóstico e seguimento de intercorrências e comorbidades, em relação a sua oferta e tempo de demora do resultado, em:

- Não disponível: Taxa de filtração glomerular, Hemoglobina glicosilada e teste de tolerância à glicose, Endoscopia Digestiva Alta, Broncoscopia, Colonoscopia, Ultrassom, Tomografia Computadorizada, Ressonância Nuclear Magnética, Biópsias (gânglio, pele e outros), Colposcopia, Citopatologia anal, Densitometria óssea, Líquido cefalorraquidiano, Fundoscopia, Biópsia hepática e Elastograma hepática;
- Disponível em tempo médio de até 07 dias: RX Simples e Eletrocardiograma;
- Disponível em tempo médio de até 15 dias: Urocultura;
- Disponível em tempo médio de até 60 dias: Carga Viral e Genotipagem para Hepatites B e C;
- Disponível em tempo médio entre 61 a 90 dias: Genotipagem para HIV.

4. Discussões

Comparando a realidade profissional encontrada no HGT e HRF, percebe-se que a equipe de saúde do HRF esta melhor estruturada e com um número maior de profissionais para o atendimento de uma população menor, diminuindo assim o problema da sobrecarga de

trabalho e podendo justificar sua melhor avaliação em saúde. Vale salientar também, que o HGT se situa na capital do estado, tornando-se referência para um maior número de municípios, o que justifica sua demanda maior de atendimentos e acompanhamentos de pacientes.

A sobrecarga de trabalho destas instituições é influenciada também pela fragilidade na comunicação com os demais níveis de atenção a saúde, demonstrando uma subutilização dos serviços de atenção básica e média complexidade no estado, o que fragiliza a RAS. Corroborando com Siochetta (2019) que levanta a possibilidade de uso indevido dos serviços de alta complexidade, o que poderia ser resolvido com a restrição encaminhamentos conforme a necessidade, já que maioria dos problemas de saúde podem ser resolvidos na AB e média complexidade.

Além de que, há uma insuficiência de serviços disponíveis nas redes de atenção à PVHIV e, conseqüentemente a falta de apoio aos mesmos, comprometendo o cuidado integral (Loch, 2018). O mesmo deve ser centrado no sujeito, considerando todas as suas necessidades e indo além das questões biológicas, respeitando sempre os aspectos psicossociais envolvidos no acompanhamento da PVHIV, subsidiando um manejo clínico adequado a estes pacientes, enfrentando a epidemia de HIV/AIDS de frente e prezando por uma assistência de qualidade (Fernandes, 2018).

Compreende-se que a organização dos serviços e suas equipes profissionais é um dos instrumentos de qualificação da assistência a população. Em ambos hospitais, há ausência de profissões essenciais como fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e educador físico, além de haver uma insuficiência quantitativa de médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, assim como a redução e subutilização de seus papéis profissionais.

A equipe de enfermagem, por exemplo, exerce apenas algumas funções no âmbito hospitalar, o que fragiliza sua assistência. É importante ressaltar que, a enfermagem assume a posição de maior categoria profissional presente nos hospitais, assumindo uma gama de responsabilidades inerente a assistência e cuidado dos pacientes, atuando em urgências e emergências, realizando execução de técnicas e avaliação dos pacientes, supervisão e gerenciamento de equipe, organização do ambiente de trabalho, controle de material, entre outras diversas funções, estando presente nos diversos níveis do cuidado (Souza, 2019). Portanto, sua atuação pode ser considerada como um indicador de qualidade do estabelecimento, não podendo ser subutilizada e reduzida a condutas relacionadas apenas as orientações, já que seu papel vai muito além disto.

Assim como, a atuação de psicólogos e assistentes sociais, que são os responsáveis pelo acompanhamento psicológico e social individual e coletivo dos pacientes, familiares e profissionais, principalmente, quando se trata de estratégias de enfrentamento relacionados a soropositividade e fortalecimento dos projetos de vida (Polejack, 2015). Portanto, devem realizar psicoterapia individual e em grupo, consulta conjunta com médico, participação de grupos de adesão e consulta individual, análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca, entre diversas outras funções.

A disponibilidade suficiente de profissionais que têm seu processo trabalho bem definido e fortalecido, também influencia no acesso e organização dos atendimentos de PVHIV. Como, a negação do atendimento imediato ao usuário, dificultando a continuidade da assistência e comprometendo o retorno do paciente a este serviço.

Por isto, deve ser estabelecido no serviço um gerenciamento mais eficiente de agendamentos, consultas e acompanhamentos de faltosos, visto que deve ter uma maleabilidade e organização para que as consultas ocorram em tempo hábil e permita o estabelecimento de uma rotina de consultas extras para os necessitados e faltosos, visando o fortalecimento do vínculo entre equipe e usuário e, evitando uma desorganização assistencial induzida pelo predomínio de demanda espontânea (Brasil, 2017).

Assim como, a realização de Profilaxias Pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP) ao HIV, que se encontra ausente no HGT. No entanto, segundo Brasil (2017), a responsabilidade de realização das profilaxias é da média complexidade, no papel do SAE e dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que atuam fortalecendo a linha do cuidado à PVHIV.

Entretanto, no RN há uma dependência e transferência de responsabilidades para os hospitais de alta complexidade, visto que são os serviços mais estruturados para o atendimento a esta população, o que fragiliza a prevenção combinada disponibilizada no estado do RN.

É importante ressaltar a divergência de condutas e recursos entre o HGT e HRF, o que se torna incompreensível visto que os protocolos clínicos, disponibilidade de medicamentos e exames é assegurado pelo governo federal a todos os serviços de atenção terciária (Loch , 2018).

Tais elementos influenciam no manejo clínico do paciente e acompanhamento da TARV, a qual não pode ser avaliada apenas pelo comparecimento nas consultas como ocorre nas instituições do estado, devendo ser garantida através do controle de medicamentos, contagem de carga viral e linfócitos TCD4 e a investigação de eventos adversos como

instrumentos que também auxiliam na avaliação da adesão e, posteriormente, na falha terapêutica (Brasil, 2017).

A TARV é extremamente efetiva em pacientes com alto índice de adesão ao tratamento, o qual impacta positivamente na redução considerável da carga viral, entretanto, em pacientes com baixa adesão a falha virológica e o surgimento de efeitos colaterais são rotineiros e, por isso, o acompanhamento pela equipe multiprofissional de adesão a TARV e seus fatores de interferência, é um indicador de qualidade da assistência (Gonçalves, 2020).

Devendo ser discutidos em reuniões de planejamento e avaliação da assistência pela própria equipe, entretanto, essas são realizadas esporadicamente, somente quando necessário, o que deveria ser uma prática rotineira do serviço, afim de vislumbrar as fragilidades e reorientar as práticas em busca de melhorias. Além do que não consideram a opinião de seus usuários, visto que não existe uma forma organizada de encaminhamento das reclamações dos pacientes ao serviço.

Vale salientar, que não foi considerado ou enfatizado a atuação da equipe multidisciplinar na assistência a PVHIV, através da discussão de projetos terapêuticos, consulta compartilhada e grupos de apoio terapêutico, visto a necessidade eminente de cuidado integral. Corroborando com Loch (2019), que afirma que a discussão de casos e condutas clínicas é mantida em apenas 33% dos serviços que prestam assistência a PVHIV, e em apenas 40% das instituições são realizadas reuniões periódicas.

É eminente a necessidade de discussão de casos, condutas e protocolos, os quais só são realizados quando há necessidade, não sendo uma prática rotineira do serviço. Salientando, a importância da implementação de fluxogramas e protocolos para a efetivação da linha do cuidado, divulgados em ampla escala, entretanto, estes devem ser considerados como ferramentas de trabalho e não como receitas prontas e engessadas, incapazes de mudar. Além de considerar documentações normativas e opiniões dos diversos atores sociais envolvidos (Sotero, 2017).

Mas também é necessário a efetivação da educação permanente em saúde a partir das realidades vivenciadas nos serviços, como um instrumento metodológico do aperfeiçoamento do trabalho, que permite a qualificação profissional capaz de transformar habilidades e competências no processo de trabalho e, conseqüentemente, aprimorar a assistência e prestar um atendimento integral (Gonçalves, 2020).

Percebe-se que há um intenso desabastecimento de medicamentos em ambos os serviços, o que pode estar relacionado com a lógica neoliberal de exclusividade de mercado,

na qual a produção dos medicamentos está concentrada a um número reduzido de empresas, além de ter um alto custo de manutenção (Almeida, 2017).

Esta dificuldade se estende ao acesso e disponibilização de exames, principalmente no HRF, visto que a maioria não é ofertada no serviço, tendo que o paciente fazer por convênio particular ou encaminhado para outro serviço público de saúde, o qual não foi estabelecido.

A população deve ter suas necessidades atendidas e seus direitos garantidos dentro da Rede, entretanto, os serviços podem estar dispostos em outros territórios ou regiões, a depender das pactuações realizadas entre os gestores e serviços. Sendo realizado as referências, a qual consiste no ato de encaminhar o paciente para um outro serviço, estando este no mesmo território ou não, devendo ser regulados de maneira organizada para que o indivíduo tenha fácil acesso ao serviço (Santos, 2017).

Salientando que a centralidade dos serviços de alta complexidade nas grandes cidades, funcionam também como uma barreira de acesso aos mesmos, visto que se situam distantes da maioria das cidades do RN, interferindo na adesão terapêutica. Portanto, é necessário a efetivação da descentralização dos serviços ou competências, qualificando os demais níveis de atenção ao desenvolvimento de seu papel na RAS (Pinto, 2019).

Portanto, ambos os hospitais apresentam grande relevância para o RN e para a assistência em HIV/AIDS de alta complexidade, acompanhando usuários de todo o território estadual. Entretanto, os mesmos enfrentam dificuldades referentes a estruturação da equipe multiprofissional, disponibilidade de recursos humanos e financeiros, e acesso ao serviço, no qual a HRF apresenta melhores condições de trabalho e assistência.

Por isso, é importante salientar que o cuidado integral só é viabilizado mediante a atuação profissional e sua relação com os usuários, na organização dos serviços de saúde e sua comunicação integrada entre os níveis assistenciais, descentralização dos serviços e a qualidade dos protocolos clínicos e normativas assistenciais, principalmente, quando se trata de PVHIV, devido sua complexidade e possíveis situações de vulnerabilidades (Seixas, 2019).

Assim, é importante salientar o impacto positivo da atuação de ambas instituições no estado do RN, entretanto, a centralização do cuidado à PVHIV nos serviços de alta complexidade fragiliza a rede de atenção e vai de encontro com as recomendações do Ministério da Saúde, o qual prioriza os serviços de atenção básica como coordenador da linha do cuidado. Há uma sobrecarga de trabalho causada por um excesso de demanda que não possui critérios de encaminhamentos para estes serviços, inquirindo atendimento desnecessário e, conseqüentemente, diminuindo a capacidade de resolutividade dos serviços.

Na prática, o HGT é o maior hospital de referência a doenças infectocontagiosas do estado e por isso, é natural que tenha uma demanda maior de atendimento e por isso deveria ser melhor estruturado a assistência a PVHIV, no entanto, o mesmo apresenta maiores dificuldades que o HRF, o qual demonstra uma maior organização e capacidade resolutive.

Mas, é importante admitir que ambos os hospitais realizam a assistência total às PVHIV, as quais são negligenciadas por décadas e por isso deveriam ser melhor estruturados e ter mais investimentos, entretanto, demonstra uma realidade estadual de pouco investimento em saúde e qualificação profissional e, portanto, não é capaz de assistir de maneira integral os seus usuários.

5. Considerações Finais

Os serviços de alta complexidade de referência a assistência em HIV/AIDS do RN consistem em apenas dois hospitais públicos, os quais se responsabilizam pela assistência de todos os usuários do estado. Estes são os mesmos serviços atuantes desde o início da pandemia do HIV/AIDS, demonstrando que não houve implementação de outros serviços para a estruturação da rede de atenção a PVHIV no RN, mesmo com eminente necessidade.

Neste íterim, vislumbra-se realidades semelhantes em ambos os hospitais, no entanto, segundo a avaliação dos indicadores o HRF encontra-se melhor estruturado acerca de sua assistência, composição de equipe, organização de trabalho e gerenciamento, enfrentando intensas dificuldades na disponibilidade de recursos, principalmente para exames e medicamentos, tanto que, segundo a classificação dos mesmos o HRF apresenta maior número de padrões aceitáveis e esperados, em relação ao HGT, o qual tem predominância por indicadores considerados como insatisfatórios.

Por fim, a assistência dispensada pelos serviços ainda assume a liderança da linha do cuidado da PVHIV no RN, estabelecendo sua soberania sobre os demais serviços e fortalecendo uma relação de dependência com os mesmos.

Como potencialidade, apresenta-se o uso dos relatórios do Qualiaids, o qual é um instrumento validado e estabelece parâmetros de avaliação dos serviços e cuidado contínuo a PVHIV a nível nacional. Como limitação, a pesquisa não analisou todos os indicadores, como os do padrão 2 e 1, limitando-se apenas as avaliações com maiores deficiências (padrão 0) e, também, não foi possível a comparação da realidade do RN com outros estados.

No entanto, o estudo foi capaz de realizar um diagnóstico situacional real da assistência disponibilizada pelos serviços de atenção terciária as pessoas vivendo com

HIV/AIDS no RN, evidenciando as fragilidades e necessidades dos mesmos, podendo subsidiar estudos de planejamento e intervenções em saúde que visem a resolução dos problemas e melhoria da assistência em saúde a esta população.

Sugere-se a realização de uma análise mais ampliada de todos os indicadores presentes no Qualiaids, de maneira a evidenciar as potencialidades das instituições de alta complexidade do RN, não pautando apenas nas dificuldades. Assim como, pode-se replicar o mesmo parâmetro de avaliação para outros serviços de referência a PVHIV de outros estados, permitindo uma análise comparativa em realidades territoriais distintas.

Referências

Almeida, AS, Batista, CRRS, Vasconcelos, CRD & Silva, DPD. (2017). Desafios e perspectivas dos medicamentos antiretrovirais no Brasil: uma investigação bibliográfica. *Revista GEINTEC-Gestão, Inovação e Tecnologias*, 7(3), 3986-3997. Disponível em: <https://www.repositorio.ufs.br/handle/riufs/8788>.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.

Brasil. (2017). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos*. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde.

Fernandes, SF. (2018). *A rede de atenção em HIV/AIDS da VI região de saúde do RN*. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Pau dos Ferros, RN.

Gonçalves, GF, Cordeiro, BC, Dias, MM & Messias, CM. (2020). Permanent education in patient assistance with HIV: an integrating review. *Research, Society and Development*, 9(3), 70932426. Disponível em: <http://rsd.unifei.edu.br/index.php/rsd/article/view/2426>.

Gomide, MFS, Pinto, IC, Bulgarelli, AF, Santos, ALPD & Serrano Gallardo, MDP. (2017). A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 22(65), 387-398. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22n65/387-398/pt/>.

Loch, AP, Nemes, MIB, Santos, MA, Alves, AM, Melchior, R, Basso, CR ... & Kehrig, RT. (2018). Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(2), e00047217. Disponível em; <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n2/e00047217/pt/>.

Mendes, EV. (2011). *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Moreira, MCN, Albernaz, LV, Sá, MRCD, Correia, RF & Tanabe, RF. (2017). Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(11), e00189516. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n11/e00189516/pt/>.

Nemes, MIB & Equipe Qualiaids. (2017). *Sistema Qualiaids de avaliação e monitoramento da organização dos serviços de saúde do SUS que acompanham o tratamento da infecção pelo HIV*. Aplicação 2017. Faculdade de Medicina-USP, São Paulo (SP).

Pereira, AS, Shitsuka, DM, Parreira, FJ & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1.

Pinto, VM & de Mattos Capeletti, N. (2019). Reorganização do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV: A experiência do município de Florianópolis/SC. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 14(41), 1710. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/1710>.

Polejack, L. (2015). *Psicologia e Políticas Públicas na Saúde: Experiências, Reflexões, Interfaces e Desafios*. 1. Ed. Porto Alegre: Rede Unida.

Rio Grande do Norte. (2016). *Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte: gestão 2016/2019*. SESAP/RN.

Santos, L. (2017). Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1281-1289. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n4/1281-1289/>.

Seixas, CT, Baduy, RS, Cruz, KTD, Bortoletto, MSS, Slomp Junior, H & Merhy, EE. (2019). O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23(21), e170627. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2019.v23/e170627/>.

Siochetta, TM, Silva, A, Beuren, AC & de Almeida, SDM. (2019). Baixa resolutividade na rede de atenção à saúde: um problema vigente. *Revista saúde integrada*, 12(23), 190-203. Disponível em: <http://local.cneccsan.edu.br/revista/index.php/saude/article/view/753>.

Sotero, RL, Guimarães, NP & Galavote, HS. (2017). Avaliação da linha do cuidado no atendimento a usuários com IST's em um centro de testagem e aconselhamento. *Revista Guará*, 7(17). Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/guara/article/view/15819>.

Souza, ACRD & Gomes, BF. (2019). Atuação dos profissionais de enfermagem frente aos pacientes portadores de Hiv-Aids. *Revista Enfermagem em Evidência*, 3(1), 21-36. Disponível em: <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/enfermagemem evidencia/sumario/83/18112019165258.pdf>.

Tonelotto, DP, Crozatti, J, Moraes, VM & Righetto, P. (2019). Hospitais de alta complexidade do Estado de São Paulo: uma análise comparativa dos níveis de eficiência obtidos pelos modelos de gestão de administração direta e de organização social. *Administração Pública e Gestão Social*, 11(4), 1-22. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/7175>.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Sâmara Fontes Fernandes – 30%

Themis Cristina Mesquita Soares– 15%

Antonia Gomes de Almeida Neta – 10%

José Giovani Nobre Gomes– 10%

Harlon França Menezes – 10%

Cintia Capistrano Teixeira Rocha – 10%

Richardson Augusto Rosendo da Silva – 15%