

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Satisfação do Usuário com a Dispensação de Medicamentos para o Tratamento da Aids no Brasil: contribuições para o desenvolvimento de um modelo de avaliação”

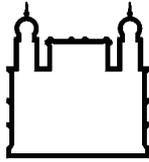
por

Ângela Fernandes Esher Moritz

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Moreira dos Santos

Rio de Janeiro, abril de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“Satisfação do Usuário com a Dispensação de Medicamentos para o Tratamento da Aids no Brasil: contribuições para o desenvolvimento de um modelo de avaliação”

apresentada por

Ângela Fernandes Esher Moritz

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Aristides Barbosa Junior

Prof. Dr. Veriano de Souza Terto Junior

Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz

Prof.^a Dr.^a Jeni Vaitsman

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Moreira dos Santos – Orientadora

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

M826

Moritz, Ângela Fernandes Esher.

Satisfação do usuário com a dispensação de medicamentos para o tratamento da Aids no Brasil : contribuições para o desenvolvimento de um modelo de avaliação. / Ângela Fernandes Esher Moritz. – Rio de Janeiro, 2010.

ix, 100 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Pós-Graduação em Saúde Pública, 2010.

Inclui bibliografia

1. HIV. 2. Avaliação. 3. Satisfação dos usuários. 4. Técnica de Delfos. I. Título.

CDD 616. 9792

**Ao meu marido Joaquim,
amor de todas as horas.**

**Aos meus filhos Gabriel e Antonio,
essenciais em minha vida.**

Agradecimentos

Às Pessoas Vivendo com HIV e Aids que encontrei nesta vida.

À minha orientadora Elizabeth Moreira dos Santos, companheira nesta longa trajetória de formação acadêmica e profissional, pela generosidade em compartilhar seu saber e suas descobertas.

À Maria Auxiliadora Oliveira (Dora), sempre amiga, sempre pronta para acolher, por todo carinho oferecido desde o dia em que nos conhecemos.

À Vera Lucia Luiza por me possibilitar conforto e tranquilidade para viver a tese.

À Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro, por cada leitura, pela ajuda no inglês, pelas palavras de carinho e principalmente pelo incentivo.

Aos meus queridos companheiros do Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF), em especial, Thiago, Rachel, Elaine e Claudia Du Bocage.

À todos do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (Laser), em especial Marly e Jussara.

À querida Andréia, segunda mãe dos meus filhos, por todo carinho e dedicação.

À minha sogra Maria Zeneide pela ajuda com as transcrições, realizadas com a perfeição necessária.

Finalmente, aos meus pais, Henrique e Norma pelo investimento de toda vida.

Resumo

A resposta brasileira à epidemia de Aids é resultado de uma construção coletiva que tem a sociedade civil, a organização das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e o Ministério da Saúde como seus principais participantes. Na complexa abordagem que esta resposta exige, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, antes Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids), do Ministério da Saúde, tornou-se referência mundial por incluir um amplo sistema organizado de ações no campo da prevenção e assistência. A conformação desta resposta tem oferecido diversas oportunidades à prática da avaliação.

Os desafios impostos pela proposta de executar avaliações de satisfação dos usuários com a dispensação dos medicamentos fornecido às PVHA deram origem ao exercício teórico-metodológico apresentado nos três artigos que compõe esta tese.

Os artigos são precedidos por uma breve revisão teórica do conceito de avaliação participativa, objetivando promover uma melhor compreensão desta abordagem e das oportunidades por ela criadas, para ampliar a formulação de alternativas teórico-metodológicas em processos avaliativos que incluam o protagonismo dos usuários.

O primeiro artigo, intitulado “*Logic Models from an Evaluability Assessment of Pharmaceutical Services for People Living with HIV/AIDS*”, apresenta a construção de três modelos para orientar a avaliação da satisfação dos usuários com a dispensação dos medicamentos. A execução da avaliação só foi possível após a realização de um Estudo de Avaliabilidade (EA). Compreendido como o conjunto de etapas que antecedem uma avaliação, esse tipo de estudo teve seu uso expandido e atualmente é empregado como ferramenta de planejamento ou método efetivo para esclarecer as demandas de uma avaliação. Embora o EA seja composto por diversas etapas, para o cumprimento dos objetivos desta tese, deu-se ênfase na sistematização dos conceitos de dispensação e satisfação e na construção do Modelo Lógico de Dispensação, Modelo Teórico de Satisfação e Modelo Teórico de Avaliação de Satisfação dos Usuários.

O segundo artigo, “*Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids*”, apresenta a reflexão de especialistas em HIV/Aids sob as dimensões sugeridas na

construção do primeiro modelo teórico de avaliação de satisfação. Sob o paradigma das avaliações participativas, apresenta etapas do processo de aplicação da técnica de delfos, que permitiu a contribuição de especialistas para a discussão e revisão de critérios de julgamento que orientem avaliações de satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento para o HIV/Aids. Neste estudo, foram considerados especialistas aqueles com experiência acadêmica, gestão, bem como ativistas informados e comprometidos com a questão. Os achados foram sistematizados sob a forma de uma nova estrutura de satisfação, sob a qual os critérios construídos são articulados hierarquicamente. Com este artigo, buscou-se contribuir para o desenvolvimento de uma estratégia metodológica participativa em avaliação e ampliar o conhecimento sobre a satisfação dos usuários e a dispensação dos medicamentos para HIV/Aids.

O terceiro artigo, *“Pessoas Vivendo com HIV/Aids: Aportes da Teoria do Ator-rede para Avaliar Satisfação com a Dispensação de seus Medicamentos.”*, busca discutir os pressupostos de um modelo de avaliação para a satisfação dos usuários com a dispensação, problematizando o processo avaliativo, à luz da Teoria do Ator Rede e das Operações de Tradução. Apresenta a contribuição de pessoas vivendo com HIV/Aids, que por meio de seus relatos traduzem suas vivências com a dispensação possibilitando explicar como os elementos heterogêneos se inter-relacionam no programa. Este exercício, que utilizou entrevistas em profundidade, permitiu conhecer os atores humanos e não humanos que compõem a rede estudada.

Nas considerações finais são apresentadas as principais lições aprendidas no processo de construção de modelos de avaliação, na construção de critérios de julgamentos para a condução da avaliação da satisfação dos usuários com a dispensação. Espera-se com isso contribuir com a ampliação das alternativas teórico-metodológicas em avaliações participativas.

Abstract

The Brazilian response to the AIDS epidemic is a collective approach, with the participation of civil society, People Living With HIV/AIDS (PWHA) groups, and the Ministry of Health (MOH). The Department of STDs, AIDS and Viral Hepatitis, formerly the National HIV/AIDS Program has become a worldwide reference on organized actions on prevention and care. The response effort itself offers a series of opportunities for evaluation.

Challenges are presented for undertaking evaluation studies involving user satisfaction, mainly in fields where these studies are few or inexistent, such as pharmaceutical services for PWHA, which is the theme of this dissertation. A brief review on participatory evaluation that aims to better understand this approach and the opportunities it presents for formulation of alternative evaluation methods that count on user involvement introduces a theoretical and methodological exercise, presented in three papers.

The first one is titled “*Logic Models from an Evaluability Assessment of Pharmaceutical Services for People Living with HIV/AIDS*”, was approved for publication by Revista Ciência & Saúde Coletiva and is available online. It presents the construction of three theoretical models to guide evaluation of user satisfaction with medicines dispensing, which were preceded by an evaluability assessment. These assessments are a series of steps that should be followed before an evaluation begins and are used as a tool to investigate evaluation needs. For this dissertation, emphasis was given to the development and organization of concepts such as dispensing and user satisfaction and on Logic Models for Dispensing, User Satisfaction and for Evaluation of User Satisfaction.

The second paper “*Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids*”, (Building judgment criteria for evaluation: specialists and user satisfaction with dispensing and treatment of HIV/AIDS) presents HIV/AIDS specialist views on the first theoretical satisfaction model dimensions. Under the paradigm of participatory evaluation, it presents phases of the Delphos technique application. This permitted the contribution of specialists and the construction of judgment criteria for HIV/AIDS user satisfaction evaluation.

Specialists were chosen according to their academic, management and advocacy expertise with HIV/AIDS. Results were organized under a novel user satisfaction structure, in which criteria are hierarchly organized. The intent was to contribute to the development of a method strategy for participatory evaluation and to amplify knowledge on user satisfaction with dispensing for HIV/AIDS.

The third article “*Pessoas Vivendo com HIV/Aids: Aportes da Teoria do Ator-rede para Avaliar Satisfação com a Dispensação de seus Medicamentos*” (People Living With HIV/AIDS: How the actor network theory may be used to evaluate satisfaction with medicines dispensing) discusses the basis of an evaluation model for user satisfaction with dispensing in light of the Actor-Network Theory and Operation of Translation. The aim is to contribute to comprehension of evaluation effects on programs, especially the so-called fifth-generation evaluations. It presents the contribution of PLWH, through their life-histories with regard to medicines dispensing, explaining how heterogeneous elements intercross inside the program. This exercise used in-depth interviews and permitted insight of human and non human actors that composed the network.

Lessons learnt from the construction of evaluation models and of judgment criteria for evaluation of user satisfaction are presented in the final comments, which also bring views of participants on the different activities carried out during study development. We hope to contribute with the broadening of theoretical and methodological alternatives for participatory evaluation.

Sumário

Resumo	ii
Abstract.....	iv
Sumário.....	vi
Introdução	1
Avaliações Participativas: breve revisão	7
As Primeiras Gerações das Avaliações	9
Desafios Conceituais para Construção de Modelos Inclusivos em Avaliação: pensando a avaliação participativa	14
Referências	17
Objetivos.....	19
Geral	19
Específicos.....	19
Considerações Éticas	19
Artigo 1: Logic Models from an Evaluability Assessment of Pharmaceutical Services for Patients with HIV/AIDS	20
Abstract.....	21
Introduction	22
Evaluability Assessment.....	23
Object of Evaluation: User Satisfaction	25
Construction of Models	26
Models	27
Lessons Learned	36
References	38
Artigo 2: Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids.....	43
Resumo	44
Abstract.....	44
Introdução	46
Estrutura Inicial da Satisfação dos Usuários	47
Aplicação de Técnica de Delfos como Forma de Ampliar a Participação dos Interessados no Processo Avaliativo	50
Seleção dos participantes.....	51
Procedimentos e Instrumentos de Trabalho	52
Estrutura da Satisfação após o Delfos	54
Considerações Finais	61
Referências bibliográficas	63

Artigo 3: Pessoas Vivendo com HIV/Aids: Aportes da Teoria do Ator-rede para Avaliar Satisfação com a Dispensação de seus Medicamentos.....	66
Resumo	67
Introdução	68
De Programa à Rede: utilizando-se a tradução para problematizar o objeto e o processo avaliativo	69
Método.....	71
PVHA e suas Traduções: reconfigurações das redes envolvidas na dispensação	74
Considerações Finais	83
Referências bibliográficas	84
Considerações Finais	87
Anexos	90
Primeiro Documento de Trabalho	90
Segundo Documento de Trabalho	94

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E GRÁFICOS

Artigo 1

Figure 1 Dispensing Logic Model

Figure 2 Theoretical Satisfaction Model

Figure 3 Theoretical Evaluation Model of User Satisfaction with Dispensing

Artigo 2

Figura 1 Estrutura inicial da satisfação dos usuários

Figura 2 Estrutura da satisfação dos usuários após o delfos

Quadro 1 - Estrutura dos instrumentos de trabalho utilizados na construção de critérios de julgamento em avaliação da satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids

Artigo 3

Quadro 2 - Perfil dos Entrevistados

LISTA DE ABREVIATURAS

- AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome
- ANDIME - Avaliação Nacional da Dispensação de Medicamentos
- AM&A - Assessoria de Monitoramento e Avaliação
- ARV – Medicamento Antiretroviral
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- DLM - Dispensing Logic Model (Modelo Lógico da Dispensação)
- EA – Evaluability Assessment (Estudo de Avaliabilidade)
- ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
- GAP - Global Aids Program
- GT – Grupo de Trabalho
- HIV - Human Immunodeficiency Vírus
- M & A – Monitoramento & Avaliação
- MIO – Medicamento para Infecção Oportunista
- MSH - Management Sciences for Health
- NGO - Non-Governmental Organization (Organização Não-Governamental)
- PN-DST/Aids – Programa Nacional de DST/Aids
- PNM&A - Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação
- P-PE - Avaliação Participativa Pragmática
- PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/Aids
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TAR – Teoria do Ator-rede
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TSM – Theoretical Satisfaction Model (Modelo Teórico da Satisfação)
- T-PE - Avaliação Participativa Transformadora
- UAT - Unidade de Assistência e Tratamento
- UDM – Unidade Dispensadora de Medicamento
- WHO – World Health Organization

Introdução

A resposta brasileira à epidemia de Aids é resultado de uma construção coletiva que tem a sociedade civil, a organização das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e o Ministério da Saúde como seus principais participantes. Na complexa abordagem que esta resposta exige, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, antes Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids), do Ministério da Saúde, tornou-se referência mundial por incluir um amplo sistema organizado de ações no campo da prevenção e assistência.

A conformação desta resposta tem oferecido diversas oportunidades à prática da avaliação. No entanto, até o ano de 2003, a execução de avaliações era incipiente no Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Na prática, havia uso de distintas terminologias nas diferentes áreas, escassez de recursos humanos capacitados para estas atividades, avaliações insuficientes, divergência nos números apresentados pelas diversas áreas para acompanhamento da resposta do Departamento, entre outros problemas. A assinatura do terceiro acordo de empréstimo do Banco Mundial, o Aids III, que teve como objetivos *“reduzir a incidência das DSTs e do HIV e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS, através do fortalecimento da eficácia e da eficiência da resposta nacional e da garantia de sua sustentabilidade a médio e longo prazos”* impulsionou e reascendeu as atividades de Monitoramento e Avaliação (M&A)¹.

Para o cumprimento das metas estabelecidas nesse sentido foi firmado o compromisso com o *“fortalecimento da administração do programa através do estabelecimento de uma capacidade eficiente de monitoração e avaliação e da instituição do uso de ferramentas administrativas, incluindo a gerência com base no desempenho, o enfoque em intervenções com relação custo-eficiência mais favorável e a melhora na seleção de alvos”*¹.

A partir de 2003, um acordo de cooperação técnica e financeira entre os Centers for Disease Control and Prevention, Global AIDS Program (CDC/GAP) e o antigo PN-DST/Aids possibilitaram a adoção de novas estratégias para a institucionalização do M & A, dentre elas: (1) Implementação de uma assessoria para coordenar as atividades de M&A; (2) Estabelecimento de parceria para operacionalização; (3) Capacitação de RH em diferentes níveis; (4) Melhoria dos sistemas de monitoramento; (5) Desenvolvimento de

estudos especiais; (6) Realização de avaliações prioritárias; e (7) Transferência de tecnologia².

Segundo Barbosa Junior e colaboradores³, o desenvolvimento das atividades da avaliação torna-se etapa essencial no planejamento das ações voltadas para a garantia da qualidade da atenção à saúde. Assim estruturou-se um Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação (PNM&A) em que são formulados indicadores que levam em consideração fatores contextuais e organizacionais em suas interpretações objetivando contribuir para a eficiência e efetividade do Programa².

A assistência farmacêutica às PVHA é uma intervenção que impõe diversos desafios, seja em sua organização, em sua sustentabilidade ou em formas de avaliá-la. Dada sua relevância na resposta brasileira à epidemia, um dos seus principais componentes, o estudo da dispensação dos medicamentos para o tratamento do HIV/Aids, estava entre as avaliações prioritárias no PNM&A⁴.

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a fornecer acesso aos antirretrovirais – integral, universal e gratuito – às Pessoas Vivendo com HIV e Aids (PVHA). No entanto, a disponibilidade dos medicamentos, somente, não foi suficiente para garantir o sucesso do programa. A complexidade do tratamento, que inclui o uso de medicamentos de forma contínua com intensos efeitos adversos, diversos tipos de interações e um alto custo, impôs a necessidade de estruturar, em nível nacional, uma assistência farmacêutica de qualidade.

Em 1991, o Ministério da Saúde implementou uma política de distribuição de medicamentos antirretrovirais (ARV) e para infecções oportunistas (MIO). Até o ano de 1996, havia irregularidade constante no fornecimento destes medicamentos, o que prejudicava a rotina do tratamento da maioria das pessoas vivendo com Aids. A insuficiência e instabilidade na oferta dos poucos ARV disponíveis no mercado e dos demais medicamentos para o tratamento das infecções oportunistas foram os pontos marcantes de uma assistência farmacêutica desprovida de logística eficiente, que onerava estados e municípios⁵.

Em 13 de novembro de 1996, foi sancionada a Lei nº 9.313, que garante aos portadores do vírus HIV e Aids o direito de receber gratuitamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), todos os medicamentos necessários ao seu tratamento⁶. Esta lei, além de servir como um instrumento legal para reivindicação de direitos, marca o início de grandes

mudanças no âmbito da política de assistência farmacêutica aos portadores de HIV/Aids. O desafio de fornecer tratamento universal criou a necessidade de estruturação de uma rede nacional de serviços de saúde para prover, de forma coordenada, serviços de assistência médica, apoio e diagnóstico laboratorial às PVHA⁷.

Atualmente, são distribuídos 19 antirretrovirais, a cerca de 197.000 pessoas vivendo com HIV⁸ que preenchem os critérios estabelecidos pelas Recomendações Terapêuticas do Ministério da Saúde⁹. O cumprimento do regime terapêutico prescrito é um fator determinante no tratamento e na melhoria da qualidade de vida de quem vive com Aids. No serviço de saúde, a rotina do tratamento e o uso dos medicamentos suscitam o estabelecimento de contato constante dos usuários com o serviço de farmácia. É na dispensação, importante componente do ciclo da Assistência Farmacêutica, que há a possibilidade de aprimoramento na relação farmacêutico-usuário, objetivando uma maior orientação a estes para o uso racional dos medicamentos, com ênfase no cumprimento das doses prescritas, na interação entre medicamentos e outros medicamentos e/ou com alimentos, no esclarecimento de possíveis efeitos adversos e nas condições de conservação dos produtos.

No entanto, ainda hoje, a dispensação, que é percebida por muitos usuários como a ocasião em que determinada receita ou prescrição é aviada, e em que nem sequer é esperado o contato com o farmacêutico, deve incluir: acolhimento (o usuário deve ser recebido pelos funcionários da farmácia com simpatia e cortesia); verificação da integralidade da prescrição (a prescrição deverá conter informações sobre nome genérico do fármaco, doses e horário de tomada do medicamento e período do tratamento, mesmo nos casos de doenças crônicas); separação e preparação dos medicamentos e procedimentos administrativos (o funcionário da farmácia deverá estar atento à prescrição); fornecimento dos medicamentos (com qualidade, na quantidade e dose prescritas); orientação (promoção do uso adequado, da adesão e da saúde, monitoramento das reações)^{10, 11}.

Até o estabelecimento do PNM&A pouco se conhecia sobre o processo de trabalho da dispensação oferecida às PVHA usuárias das unidades públicas de saúde. Em 2005, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais propôs ao Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF/ENSP/FIOCRUZ) avaliar a dispensação dos medicamentos oferecidos no tratamento. Na época, a Unidade de Assistência e Tratamento (UAT) e a Assessoria de Monitoramento e Avaliação (ASMAV) do Departamento, responsáveis pela proposta,

desejavam responder a questões relacionadas aos aspectos de estrutura, processo e satisfação dos usuários com este componente da assistência farmacêutica.

No que diz respeito à satisfação do usuário (ou paciente), este é um conceito que vem recebendo crescente atenção entre avaliadores e profissionais de saúde e é usualmente abordado por meio de uma complexa mistura de concepções que envolvem necessidades percebidas, expectativas e experiências dos usuários com o cuidado recebido. A determinação da satisfação pode incluir um amplo domínio representado por experiências anteriores e valores simbólicos, mas também ser influenciado pela reação do paciente a uma experiência imediata. Numa avaliação de satisfação, experiências prévias com outros serviços e baixa expectativa individual podem refletir no resultado final¹².

As fragilidades presentes nos referenciais teóricos e nas formas de medir a satisfação dos usuários sugerem a oportunidade de estudos que objetivem aplicação a contextos específicos e sua validação¹³. Os desafios impostos pela proposta de executar este tipo de avaliação em um campo tão complexo e carente de estudos como o da assistência farmacêutica às PVHA deu origem ao exercício teórico-metodológico que compõe esta tese e que será apresentado em três artigos.

Os artigos são precedidos por uma breve revisão teórica do conceito de avaliação participativa, objetivando promover uma melhor compreensão desta abordagem e das oportunidades por ela criadas, para ampliar a formulação de alternativas teórico-metodológicas em processos avaliativos que incluam o protagonismo dos usuários.

O primeiro artigo, intitulado “*Logic Models from an Evaluability Assessment of Pharmaceutical Services for People Living with HIV/AIDS*”, aprovado e disponível *on line* na Revista Ciência & Saúde Coletiva apresenta e discute a construção de três modelos para orientar a avaliação da satisfação dos usuários com a dispensação dos medicamentos. A execução da avaliação só foi possível após a realização de um Estudo de Avaliabilidade (EA). Compreendido como o conjunto de etapas que antecedem uma avaliação, esse tipo de estudo teve seu uso expandido e atualmente é empregado como ferramenta de planejamento ou método efetivo para esclarecer as demandas de uma avaliação.

Embora o EA seja composto por diversas etapas, para o cumprimento dos objetivos desta tese, deu-se ênfase na sistematização dos conceitos de dispensação e satisfação e na construção do Modelo Lógico de Dispensação, Modelo Teórico de Satisfação e Modelo Teórico de Avaliação de Satisfação dos Usuários.

Os Modelos Lógicos geralmente enfatizam a teoria operacional do programa, enquanto os Modelos Teóricos enfatizam fatores que presumidamente possam influenciar a magnitude dos efeitos. Assim, no Modelo Lógico da Dispensação descreve-se a intervenção (dispensação). O Modelo Teórico de Satisfação apresenta a conceptualização do efeito que a avaliação busca caracterizar. Satisfação do Usuário é descrito no modelo como um híbrido de aspectos técnicos (aqueles que o serviço pode resolver) e aspectos mais subjetivos como percepção e expectativa. No Modelo Teórico de Avaliação de Satisfação dos Usuários são descritas etapas da dispensação, incluídas dimensões utilizadas para julgar satisfação e identificadas as atividades que poderão ser avaliadas, segundo as dimensões propostas. A possibilidade de criar um modelo que permita avaliar satisfação do usuário busca contribuir para a execução de um julgamento avaliativo crítico, fundamental para o surgimento de estratégias que estimulem aprendizado, a reflexão e outras respostas para a intervenção.

O segundo artigo, *“Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids”*, apresenta a reflexão de especialistas em HIV/Aids sob as dimensões sugeridas na construção do primeiro modelo teórico de avaliação de satisfação. Sob o paradigma das avaliações participativas, apresenta etapas do processo de aplicação da técnica de delfos, que permitiu a contribuição de especialistas para a discussão e revisão de critérios de julgamento que orientem avaliações de satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento para o HIV/Aids. Com este artigo, buscou-se contribuir para o desenvolvimento de uma estratégia metodológica participativa em avaliação e ampliar o conhecimento sobre a satisfação dos usuários e a dispensação dos medicamentos para HIV/Aids.

O terceiro artigo, *“Pessoas Vivendo com HIV/Aids: Aportes da Teoria do Ator-rede para Avaliar Satisfação com a Dispensação de seus Medicamentos”*, busca discutir os pressupostos de um modelo de avaliação para a satisfação dos usuários com a dispensação, problematizando o processo avaliativo, à luz da Teoria do Ator Rede e das Operações de Tradução. Busca-se com isso contribuir para a compreensão dos efeitos das avaliações nos programas, especialmente, as chamadas de quinta geração. Apresenta a contribuição de pessoas vivendo com HIV/Aids, que por meio de seus relatos traduzem suas vivências com a dispensação possibilitando explicar como os elementos heterogêneos se inter-relacionam

no programa. Este exercício, que utilizou entrevistas em profundidade, permitiu conhecer os atores humanos e não humanos que compõem a rede estudada.

Nas considerações finais são apresentadas as principais lições aprendidas no processo de construção de modelos de avaliação, na construção de critérios de julgamentos para a condução da avaliação da satisfação dos usuários com a dispensação e, também, sobre o processo de participação dos interessados nas atividades realizadas no estudo. Espera-se com isso contribuir com a ampliação das alternativas teórico-metodológicas em avaliações participativas.

Referências

1. World Bank. AIDS and STD Control Project (03). In <http://web.worldbank.org/external/projects/main?pagePK=64312881&piPK=64302848&theSitePK=40941&Projectid=P080400>; 2003.
2. Santos E. M., Junior A. B., Pascom A. R. P., Dhália C. B. C., Monteiro L. Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação; 2005.
3. Barbosa Junior A, Pascom ARP, Szwarcwald CL, Dhália CdBC, Monteiro L, Simão MBG. Indicadores propostos pela UNGASS e o monitoramento da epidemia de Aids no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 2006;40:94-100.
4. Simão MBG. A Institucionalização do Monitoramento. In: Centro de Estudos da ENSP (Ceensp); 2008 16/04/2009; ENSP/Fiocruz; 2008.
5. MS MdS. Controle do HIV/AIDS: A Experiência Brasileira. 1999.
6. Brasil, Congresso Nacional. Lei Federal N. 9313 de 13 de novembro de 1996. In: Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids. Brasília,DF: D.O.U., Diário Oficial da União; Poder Executivo; 1996.
7. Oliveira MA, Esher ÂFSC, Santos EM, Cosendey MAE, Luiza VL, Bermudez JAZ. Avaliação da Assistência Farmacêutica às Pessoas Vivendo com HIV/Aids no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2002;18(5):1429-39.
8. MS-Brasil, (Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais) Protocolo de assistência farmacêutica em

- DST/HIV/Aids : recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica
In: Departamento de DST Aids e Hepatites Virais, editor. **Brasília**; 2010.
9. MS-Brasil, (Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional DST/Aids). Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV Brasília,DF: Ministério da Saúde; 2009.
 10. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S, editors. Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
 11. Luiza VL, Esher A, Santos EM, Avelar FG, Emmerick ICM, Oliveira MA. Avaliação Nacional da Dispensação de Medicamentos para as PVHA. In: Relatório Final de Pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Núcleo de Assistência Farmacêutica; 2006.
 12. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning* 1983;6:185-210.
 13. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública* 2006;22(6):1267-1276.

Avaliações Participativas: breve revisão

O termo Avaliação vem recebendo diferentes definições ao longo dos anos. No entanto pode-se afirmar que avaliar consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento do mérito, valor ou significância acerca do objeto avaliado, podendo ser este um serviço, uma política ou um programa^{1, 2}. O processo pode resultar em produção de conhecimento, subsídios para fundamentar o processo de decisão e correção de rumo no sentido de alcance dos objetivos desejados e melhoria da política ou programa.

Há alguns anos, a prática avaliativa vem se institucionalizando em todos os níveis do sistema de saúde brasileiro. Com isso, busca-se criar “uma verdadeira cultura de avaliação”, incorporando-a à rotina das organizações de saúde, acompanhando todo o processo de planejamento e gestão de políticas e programas. A proposta faz da avaliação

uma atividade regular do governo, com novos compromissos e tarefas, sendo assumidos o estímulo à reflexão crítica das concepções e do cotidiano do trabalho. Dependendo da abordagem, envolve o comprometimento de todos em uma extensa rede de negociações³. Se bem utilizada, torna-se uma proveitosa ferramenta de gestão para subsidiar e informar a tomada de decisão e a melhoria dos programas, além de instrumentalizar a prestação de contas⁴.

Segundo Pinheiro e Silva Júnior⁵ “*os processos avaliativos podem favorecer a compreensão dos problemas, levando em conta o diálogo dos interessados com pontos de vista diversos, aquilo que poderíamos chamar de respeito à alteridade. Amplia-se assim um tipo de redes de conhecimentos que potencializam inovações a partir dos saberes produzidos por teorias também advindas da experiência do praticado, que podem orientar novas práticas*” (pág. 25).

Contandriopoulos⁴ ressalta, no entanto, que a institucionalização da avaliação por si só não é suficiente. Prover às instâncias decisórias elementos importantes e representativos para um julgamento equilibrado e incorporar em suas estratégias a visão de atores em diversas posições é fundamental. O grau em que os resultados são levados em conta por essas instâncias varia de acordo com a credibilidade das evidências, fundamentação teórica e pertinência das avaliações. Para isso, é necessário viabilizar alternativas para avaliações compreendidas como instrumento de poder concentrado, retido na mão de poucos. Elas devem ser tomadas como um instrumento de transformação, permitindo que várias vozes estejam presentes no julgamento crítico do sistema de saúde.

A racionalidade e as perspectivas com as quais avaliadores julgam intervenções não necessariamente correspondem àsquelas dos envolvidos na avaliação⁶. Saber a quem interessa, para que servirá, quem está encomendando a avaliação é uma importante estratégia para melhor formular questões que correspondam aos interesses dos usuários da avaliação⁷. É necessário, ainda, que avaliadores se perguntem se as informações requeridas pelos tomadores de decisão podem ser traduzidas em uma pergunta passível de ser respondida⁶.

A pergunta avaliativa expressa o foco da avaliação, e deve ser capaz de reunir em si um conjunto significativo de outras questões. A formulação da pergunta avaliativa, a compreensão dos usos, o envolvimento dos potenciais usuários e a inclusão dos contextos serão determinantes na abordagem da avaliação a ser utilizada⁷.

As Primeiras Gerações das Avaliações

Para uma melhor compreensão dos diferentes paradigmas que marcam o percurso histórico no campo das avaliações nos últimos cem anos, Guba & Lincoln⁸ descrevem quatro gerações:

A primeira geração da avaliação, caracterizada pela mensuração, teve como objetivo a avaliação de desempenho de escolares. Recebeu influência da ascensão das ciências sociais e do gerenciamento científico nas indústrias. Ao avaliador cabia a tarefa de construir e utilizar instrumentos que medissem resultados escolares, inteligência dos alunos, produtividade de operários. A segunda, marcada pela descrição, surge da necessidade de descrever como funcionam na prática os currículos escolares. As medidas dos efeitos não são mais suficientes, é necessário também compreender os processos, ou seja, “abrir a caixa preta” da intervenção. Nasce a chamada avaliação de programas. Já a terceira geração é caracterizada pelo julgamento. Nela, o avaliador, além de descrever e mensurar, passa a ter a função de estabelecer os méritos do programa baseando-se em referenciais externos.

Ainda sob a hegemonia do paradigma positivista, estas três gerações são marcadas pela supremacia do ponto de vista gerencial e dificuldade de incluir os diferentes interessados no programa a ser avaliado como participantes. Segundo Furtado⁹ essa divisão em gerações é didática já que é possível a coexistência dos diferentes referenciais de avaliação apoiados em diversos eixos metodológicos.

No fim dos anos 80, início dos anos 90, Guba e Lincoln⁸ propõem a “4ª geração das avaliações”, constituídas por uma ontologia, epistemologia e metodologias baseadas no paradigma construtivista, em que é possível a participação dos interessados. Nesta geração, não são feitas apenas descrições de como as coisas são, mas o processo avaliativo é representado pela construção produzida por diversos atores. Diferente das três primeiras gerações, a avaliação vai além de mensuração, descrição e julgamento e torna-se marcada pela negociação com ênfase na participação de interessados no processo avaliativo. Esta nova geração que vem surgindo é marcada pelas concepções da avaliação responsiva (*responsive evaluation*), desenvolvida por Stake¹⁰ e que propõe que a avaliação seja voltada para compreensão dos processos internos da vida do programa. Apoia-se fundamentalmente na experiência pessoal para extrair informações sobre qualidade e utilidade das ações do programa, e é a partir dos diferentes valores e interesses dos envolvidos em julgar a

qualidade deste programa que surgirão as questões avaliativas. Nesta perspectiva, que se contrapõe às avaliações que marcaram as primeiras gerações, o potencial de transformação é transferido para os avaliadores e busca-se recuperar o protagonismo dos sujeitos envolvidos no programa, especialmente de seus usuários potenciais.

Guba & Lincoln^{8,11} descrevem este tipo de avaliação em quatro etapas, que podem ser reiteradas ou superpostas. Na primeira fase, identificam-se os principais interessados e a eles é solicitado que exponham suas preocupações, questões e reivindicações. Em uma segunda fase, o produto da primeira fase é apresentado a outro(s) grupo(s) para comentários de concordância ou refutação. As narrativas e outras formas de expressão dos diversos observadores do programa possibilitam recuperar diferentes pontos de vista e valores relativos ao programa. Elas devem ser apresentadas assegurando algumas condições de confidencialidade aos outros membros da cadeia de interessados para que o avaliador possa considerar as "reações avaliativas" de diferentes grupos em relação ao programa. Para Stake¹⁰, esta fase possibilita a resolução de muitas questões iniciais. Na terceira fase, as questões não resolvidas tornam-se guias para a coleta de informações realizada pelo avaliador. As questões, reivindicações ou preocupações vão encaminhar a maneira como a informação deverá ser coletada pelo avaliador. Na quarta fase, é iniciada a negociação entre os grupos principais interessados, sob liderança do avaliador e com a informação avaliativa coletada. O objetivo é o consenso em cada item em questão. Os itens que não forem objetos de consenso podem vir a ser objetos de uma avaliação posterior^{8,11,12}.

Uma das principais vantagens da avaliação responsiva é a possibilidade de questões importantes do programa virem à tona. Como o cotidiano é valorizado, apreendem-se os ajustes frequentes que o programa "planejado" precisa sofrer em sua execução prática. O foco da avaliação é de fato a interação entre os diferentes pontos de vista e as variações que as atividades têm na realidade. Uma outra vantagem é que os envolvidos no programa são encorajados às propostas de mudança¹⁰.

Como processo, não pretende ser diretamente responsiva à teoria do programa ou aos objetivos determinados, mas responsiva aos interesses dos envolvidos na avaliação (*stakeholders*). Para o autor¹⁰, o foco da avaliação não é o "sucesso" do programa, mas a responsabilidade de traduzir para uma linguagem compreensível por todos o que acontece no programa.

A designação responsiva (*responsive*) vem do lugar que o autor confere ao avaliador. O avaliador responsivo (*responsive evaluator*) gasta a maior parte do tempo destinado à avaliação em contato com o programa, observando as atividades, ouvindo opiniões, julgamentos, ainda que sejam contraditórios, e relatando sua experiência, mesmo que informalmente. Esta tarefa exige do avaliador o desenvolvimento flexível de um plano de observações e negociações. O avaliador não deve funcionar como um estímulo a quem o programa deve responder, mas como observador de forma participativa dos estímulos que ocorrem no programa para interpretá-los, preferencialmente considerando os diferentes valores dos envolvidos na intervenção. Os achados da avaliação devem ser compartilhados por meio de relatórios menos técnicos e mais compreensíveis.

Assim, avaliação responsiva é definida por Stake como aquela que: a) é orientada para os processos do programa e não para verificar se seus objetivos foram ou não alcançados; b) responde às demandas da audiência por informação; c) aborda as diferentes crenças e valores dos sujeitos envolvidos sobre os sucessos e problemas do programa¹⁰.

Stake¹⁰ propõe a utilização do termo questão (*Issue*) para ampliar a gama do que se coleta para entender um programa. Tenta descobrir, perceber interatividade, particularidades, valores subjetivos pertencentes às pessoas envolvidas com o programa. As questões funcionam como “organizadores conceituais” para a investigação fornecendo informações que vão além de necessidades, objetivos, hipóteses, razão de custo-benefício. *Issues* são obstáculos, problemas sociais, problemas organizacionais subjetivos, imprevistos e efeitos não esperados.

A experiência da avaliação de políticas públicas em diversos países tem mostrado uma combinação de modelos da quarta geração com processos que aumentam o poder dos participantes. Baron e Monnier¹³ referem-se a isso como o aparecimento das “avaliações de quinta geração”, ou “Avaliação Emancipadora”, cuja teoria desenvolveu-se também nos anos 90 na América do Norte, embora sua prática não seja ainda muito difundida. Como as demais abordagens participativas, possui o compromisso com a melhoria das políticas públicas mas vai além ao propor que a sociedade civil decida sobre o conteúdo da avaliação, conduza ela mesma os trabalhos, e produza um julgamento sobre as ações públicas. Os autores argumentam que na construção de um processo avaliativo, informação e conhecimento são elementos que na maior parte das vezes ficam reservados aos líderes e principais participantes de um programa¹³.

Com base nas diferentes abordagens de avaliação que se desenvolveram nos últimos 20 anos, Baron e Monnier¹³ distinguem em extensão e amplitude as formas de participação. Para isso, é necessário perceber a diversidade dos grupos de interesse envolvidos no processo e o grau de envolvimento desses grupos nas diferentes fases do processo. Uma avaliação pode ligar todos os participantes a todo ou a parte das cinco etapas principais de um processo de avaliação, a saber: a) a definição em comum do conteúdo do projeto de avaliação: riscos e questões prioritárias (o mandato da avaliação); b) a validação do método utilizado e do programa de trabalho (a relação das obrigações); c) a direção e supervisão dos trabalhos, coleta dos dados (participação em um processo de avaliação); d) depois, então, a análise e interpretação dos dados coletados (a produção do julgamento final); e) e por fim, a formulação das recomendações.

Os autores argumentam que a maior parte das avaliações limita a participação à terceira etapa e assim consideram que a amplitude da participação é pequena. No entanto, ressaltam que certas práticas vão além da participação, propõem aos participantes a coprodução do começo ao fim, isto é, desde a definição da necessidade inicial até a formulação das recomendações, o relatório dos julgamentos produzidos sobre os êxitos e os fracassos da política¹³.

Um processo de avaliação que se limita a exigir dos beneficiários de um programa sua apreciação sobre seus efeitos por meio de questionário ou entrevista, ou ainda a restituir-lhes as conclusões da avaliação durante uma reunião, não pode ser considerado como participativo, uma vez que esses beneficiários não foram incluídos na definição das problemáticas estudadas. Nesta proposta, transferir esse poder principalmente aos grupos mais desprovidos é fundamental¹³. A utilização desta abordagem pressupõe a colaboração de avaliadores e não avaliadores, sendo uma cooperação entre pesquisadores, facilitadores e avaliadores profissionais com indivíduos ou comunidades diretamente interessados em uma intervenção ou programa que esteja sendo avaliado¹⁴. Ao longo do processo avaliativo, os envolvidos devem compreender suas próprias questões, entraves e possibilidades de modificá-los¹⁵. Para sua execução, metodologias qualitativas ganham destaque e há utilização corrente de desenhos, fotos e esquemas em detrimento de elementos escritos a fim de que todos possam assimilar as informações¹³.

Na “quinta geração”, os avaliadores precisam ter compreensão clara sobre a natureza do programa e sua relação com o contexto para produzir um conhecimento

significativo relacionado a este programa. Trabalham sob o pressuposto de que o programa é um entre muitos sistemas de ação que operam simultaneamente em qualquer momento, em um contexto. Esta abordagem sistêmica do programa permite que ele seja entendido como forma de ação organizada que envolve e se transforma no tempo e no espaço. É complexo e não pode ser reduzido à soma das partes¹⁶. Desta forma, compreende-se que programas têm suas histórias e se transformam no tempo, reúnem saberes que remetem a uma diversidade de conhecimentos. A interface dos saberes favorece a criação de novos saberes para compreender e agir de forma inovadora.

Potvin¹⁷ com sua experiência em avaliações no campo da Promoção da Saúde traz a discussão sobre a questão ontológica como condição prévia para o desenvolvimento de uma epistemologia da avaliação¹⁷. Neste sentido, propõe a ontologia realista crítica para desenvolvimento da teoria e do método da avaliação participativa¹⁸.

O reconhecimento da complexidade intrínseca dos programas e dos seus mecanismos de funcionamento em sistemas abertos direciona à proposição realista crítica de que a causalidade não pode ser estabelecida unicamente pela observação empírica constante do conjunto de eventos. A sistematização dessas informações e sua incorporação em modelos de avaliação buscam romper com soluções padronizadas promovendo mudanças em cenários onde intervenções são frequentemente marcadas apenas pela concepção de especialistas; onde há necessidade crescente de trazer setores de atividade social para a produção em saúde e; onde há necessidade de soluções construídas e negociadas como substitutas para soluções “prontas e comprovadas”¹⁸.

Uma importante tarefa do avaliador realista é identificar os mecanismos operativos do programa e como eles interagem com condições contextuais (incluindo outros programas), para ser associado com determinados resultados-padrão intencionais e involuntários¹⁹. Assim, segundo Potvin & Bisset¹⁶ para compreender como um programa medeia transformações em um determinado espaço e tempo, o avaliador deve acompanhar as ações que estão se desenvolvendo e acontecendo como parte integrante do programa, bem como a sua capilaridade no contexto social no qual ele está inserido. Para as autoras, em uma crítica ao interacionismo simbólico que está presente no centro das “avaliações de quarta geração”, o seguimento da ação é a dimensão metodológica mais importante, pois é por meio de suas ações e práticas que os atores desempenham suas intenções muito mais que por meio do discurso que têm sobre as suas intenções, isto é, representações¹⁶.

Na proposta que vem sendo amadurecida pelo campo da promoção da saúde, recursos da sociologia da tradução têm sido utilizados para melhorar o uso ou a influência da pesquisa avaliativa. Esta abordagem permite analisar transformações e adaptação dos atores, o contexto, o projeto e conceber as situações como redes²⁰. A Tradução assume o lugar da obsoleta dicotomia entre objeto e sujeito, o mundo externo e a mente, na familiar disputa, em ciência e mundo leigo, entre explicação interna contra explicação externa.

Programas de saúde pública ou ações para a promoção da saúde devem ser compreendidos como intervenções colaborativas com múltiplos parceiros, operando em sistemas complexos. A utilização da “teoria do ator-rede” (TAR) permite ressaltar a importância da ação. Produção que se faz em rede, por meio da aliança entre humanos e não humanos. Não há um ator único no processo de produção e sim uma rede heterogênea de atores conectados.

Desafios Conceituais para Construção de Modelos Inclusivos em Avaliação: pensando a avaliação participativa

A avaliação participativa é uma abordagem que permite não só a coleta, análise e disseminação de dados mas também a aprendizagem desse processo e as possíveis ações daí resultantes. O avaliador é colocado no rol dos aprendizes, e os que estão sendo avaliados no papel de informantes potenciais que orientam o avaliador a formular melhor as questões que correspondam aos interesses dos usuários sem perder relevância e acurácia^{6, 7}. Seu caráter participativo influencia dimensões afetivas, estabelecimento de pactos na avaliação, desenvolvimento de habilidades associadas ao ato de investigar sistematicamente e a criação de condições em que os participantes possam ser ativos.

A utilização desta abordagem pressupõe a colaboração de avaliadores e não avaliadores, isto é, uma cooperação entre pesquisadores, facilitadores e avaliadores profissionais com indivíduos ou comunidades diretamente interessadas em uma intervenção ou programa que esteja sendo avaliado¹⁴. A avaliação participativa não se limita a colher informações e opiniões do coletivo de sujeitos implicados no programa, mas por intermédio do ato de pôr, em comum, no debate avaliativo a diversidade de opiniões, de valores, de expectativas e de representações que se têm da ação, esses sujeitos se tornam participantes da avaliação e comprometidos com a ação. A participação dos envolvidos na ação garante à avaliação maior densidade, limita seu risco de permanecer periférica e, nas fases de

implementação e desenvolvimento da ação, permite detectar precocemente falhas ou estratégias inadequadas e alterá-las, objetivando melhorar seu uso²¹. Assim, pode-se afirmar que esta abordagem se constitui em uma atividade tripartite, que envolve investigação, educação e ação.

Ainda que este seja um princípio geral de todas as formas de avaliação participativa, o delineamento da orientação que se dará à abordagem recebe influência de características específicas associadas aos objetivos e aos propósitos da avaliação e às raízes históricas e ideológicas relacionadas aos avaliadores e não avaliadores. Cousins & Whitmore¹⁴ apresentam duas formas de orientação: uma é a Avaliação Participativa Pragmática (P-PE), que auxilia a tomada de decisão e a solução de problemas organizacionais ou de programa; outra, a Avaliação Participativa Transformadora (T-PE), orienta-se por princípios de emancipação e justiça social, buscando dar poder a membros de grupos comunitários que são menos poderosos ou oprimidos por grupos dominantes¹⁴.

A P-PE surge inicialmente nos Estados Unidos e no Canadá e incorpora a participação do stakeholder como forma de aumentar a relevância e a apropriação dos resultados e utilização da avaliação. A utilização, neste caso, é compreendida como o subsídio para auxiliar decisões independentes, como educação ou aprendizagem, ou de forma simbólica com uso persuasivo ou político para reafirmar decisões já tomadas. Nesta corrente, avaliadores profissionais assumem responsabilidade para realizar tarefas técnicas e stakeholders atuam predominantemente na definição do problema da avaliação, em atividades para determinar seu escopo e, posteriormente, na interpretação dos dados resultantes do estudo¹⁴.

A T-PE surge no início da década de 1970, principalmente no mundo em desenvolvimento – América Latina, Índia, África – e teve Paulo Freire como uma figura central na constituição dos seus fundamentos filosóficos; difere da P-PE em suas raízes histórico-ideológicas e objetiva democratizar a mudança social, atuando em contextos de poder e transformação; evidencia a criação e o controle da produção do conhecimento, além de buscar fortalecer a participação das pessoas por meio do processo de construção e respeito ao próprio saber (baseado na noção de “conscientização” de Freire) e, ainda, por meio da compreensão que se dá nas conexões entre saber, poder e controle.

Assim como Freire *“criou raízes não para fixar doutrinas e impor prescrições ideológicas, mas, ao contrário, para, delas partindo, levar mulheres e homens a*

conscientizarem-se, alfabetizarem-se e terem a possibilidade de transformar o mundo decodificando o mundo cotidiano codificado”, a T-PE deve criar estratégias metodológicas para que o processo avaliativo possibilite que se ensine aprendendo e se aprenda ensinando, tal como propôs Freire²².

Ao longo do processo de condução da avaliação, há o esforço de quebrar a distância entre pesquisador e pesquisado estimulando o trabalho coletivo entre todos os participantes. A reflexão crítica que dá origem a questões e o debate entre atores é uma ferramenta que produz um nível profundo de compreensão e respeito mútuos. Segundo esta corrente o senso comum é considerado tão válido quanto o saber científico¹⁴.

Mesmo tendo objetivos centrais, funções e raízes históricas e ideológicas distintas ambas têm a intenção de envolver *stakeholders* e membros de comunidade em todos os aspectos do projeto de avaliação, incluindo os técnicos, e ainda desenvolvimento de conhecimento local válido, baseado em compreensão compartilhada e em construção conjunta de significados. Apesar das diferentes considerações feitas sobre poder e participação das partes interessadas em avaliações participativas, o pressuposto de que o domínio de tarefas técnicas é uma forma de instrumentalizar e fortalecer interessados está sempre presente¹⁴.

As avaliações participativas têm sido preconizadas em resposta à constatação da pouca utilização direta e operacional das avaliações de gestão. O emprego de avaliações de “quarta e quinta gerações” buscam possibilitar aos participantes uma melhor assimilação dos resultados e das análises da avaliação a fim de aumentar as chances de sua utilização direta.

Ainda que esteja conquistando novos espaços no campo da avaliação, as abordagens participativas necessitam de desenvolvimento de estratégias metodológicas que minimizem problemas atualmente existentes. Por exemplo, quando se fala na participação dos interessados na avaliação, como garantir que todos os interessados terão a oportunidade de participar? Como escutar as vozes que ainda não foram ouvidas? Como minimizar as disputas de poder existentes dentro dos grupos? E se o tempo necessário para escutar os interessados for maior que o determinado para executar toda a avaliação?

As propostas apresentadas nos artigos que compõem este estudo buscam uma compreensão mais detalhada componentes técnicos da dispensação de medicamentos e as dimensões pelos quais esses componentes podem ser avaliados do ponto de vista dos

usuários além de contribuir para a construção de estratégias que permitam uma melhor operacionalização de avaliações participativas.

Referências

1. Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Pineault R. A Avaliação na Área da Saúde: Conceito e Métodos. In: Hartz ZMA, , (org), editor. Avaliação em Saúde Dos Modelos Conceituais à Prática da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.
2. CDC, (Centers for Disease Control And Prevention). Framework for Program Evaluation in Public Health. WWMR (Morbidity and Mortality Weekly Report) 1999;1-49.
3. Feliciano KVdO. A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil 2005;5:s83-s92.
4. Contandriopoulos A-P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. Ciência & Saúde Coletiva 2006;11(3):705-711.
5. Pinheiro R, Junior AGS. Práticas Avaliativas e as Medições com a Integralidade na Saúde: Uma Proposta para Estudos de Processos Avaliativos na Atenção Básica. In: Pinheiro R, Junior AGdS, Mattos RAd, editors. Atenção Básica e Integralidade: Contribuições para Estudos de Práticas Avaliativas em Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO; 2008.
6. Salazar L, Hall M. Developing Evaluation Questions: Beyond the Technical Issues. In: Potvin L, McQueen D, editors. Health Promotion Evaluation Practices in the Americas - Values and Research. New York: Springer; 2008.
7. Cruz MMd, Santos EM. Avaliação de saúde na Atenção Básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos. In: Matta GC, Moura ALd, editors. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 267-284.
8. Guba EG, Lincoln YS. Fourth Generation Evaluation. Newbury Park: SAGE Publications Inc.; 1989.
9. Furtado JP. Um método Construtivista para Avaliação em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2001;6(1):165-181.
10. Stake R. Stake and Responsive Evaluation. In: Alkin MC, editor. Evaluation Roots: Sage Publications; 2004. p. 203-224.
11. Guba E., Lincoln Y., editor. Uma abordagem naturalística para avaliação. São Paulo: Instituto Fonte; 2003.
12. Lincoln Y., Guba E. The Roots of Fourth Generation Evaluation. In: Alkin MC, editor. Evaluation Roots: Sage Publications; 2004. p. 225-241.
13. Gaëlle Baron and Eric Monnier. Une approche pluraliste et participative : Coproduire l'évaluation avec la société civile. Informations sociales 2003(110).
14. Cousins JB, Whitmore E. Framing participatory evaluation. New Directions for Evaluation 1998(80):5-23.
15. Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Do Quê Pra Quê da Meta-avaliação em Saúde. In: Hartz ZMdA, Felisberto E, Silva LMVd, editors. Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

16. Potvin L, Bisset S. There is More to Methodology than Method. In: Potvin L, McQueen D, editors. Health Promotion Evaluation Practices in the Americas - Values and Research. New York: Springer; 2008.
17. Potvin L. On the nature of programs: health promotion programs as action. *Ciência e Saúde Coletiva* 2004;9(3):731-738.
18. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A. Três Posturas Ontológicas Concernentes à Natureza dos Programas de Saúde: Implicações para a Avaliação. In: Mercado FJ, editor. Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde - Enfoques Emergentes: Vozes; 2006. p. 65-86.
19. Pawson R & N Tilley. Realistic evaluation bloodlines. *American Journal of Evaluation* 2001;22(2):317-324.
20. Hartz ZMA, Denis J-L, Moreira E, Matilda A. From Knowledge to Action: Challenges and Opportunities for Increasing the Use of Evaluation in Health Promotion Policies and Practices. In: Potvin L, McQueen D, editors. Health Promotion Evaluation Practices in the Americas - Values and Research. New York: Springer; 2008.
21. Carvalho MF, Pascom ARP, Souza-Júnior PRBd, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cadernos de Saúde Pública* 2005;21:S100-S108.
22. Freire AMA. Paulo Freire - Uma História De Vida. Indaiatuba: VILLA DAS LETRAS; 2006.

Objetivos

Geral

Contribuir para o desenvolvimento de modelos teóricos que subsidiem avaliações de satisfação dos usuários com a dispensação dos medicamentos para o tratamento do HIV/Aids no Brasil.

Específicos

- Caracterizar os componentes técnicos da dispensação e as dimensões pelos quais eles serão avaliados;
- Discutir a conceptualização da satisfação dos usuários e suas dimensões estruturantes;
- Discutir a importância do desenvolvimento de modelos teóricos no planejamento da avaliação, isto é, nos Estudos de Avaliabilidade.
- Desenvolver uma proposta teórico-operacional para avaliação de satisfação dos usuários, considerando a Teoria do Ator-rede (TAR) e as operações de tradução;
- Contribuir para a operacionalização de avaliações participativas.

Considerações Éticas

Após a qualificação e seguindo as orientações presentes na Resolução CNS 196/96 este projeto foi submetido (CAAE número 0178.0.031.000-07) e aprovado (Parecer nº 182/07) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

Artigo 1: Logic Models from an Evaluability Assessment of Pharmaceutical Services for Patients with HIV/AIDS

Autores:

Ângela Esher ¹

Elizabeth Moreira dos Santos²

Thiago Botelho Azeredo¹

Vera Lucia Luiza¹

Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro ¹

Maria Auxiliadora Oliveira¹

1. Núcleo de Assistência Farmacêutica, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Rua Leopoldo Bulhões 1480/sl. 630, Manguinhos

CEP – 21041-210

Telefone – (21) 2598-2879 / 2598-2591 / 2209-3076 (Fax)

aesher@ensp.fiocruz.br *Autor para correspondência

2. Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (Laser), Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

Aprovado para publicação Ciência & Saúde Coletiva – Disponível on line 1287/2009 - Modelos Lógicos Provenientes de Estudo de Avaliabilidade da Assistência Farmacêutica para Pessoas Vivendo com HIV/Aids

Abstract

Brazil was the first developing country to provide people living with HIV/AIDS (PLWA) with comprehensive, universal, free access to antiretroviral medicines (ARV). Pharmaceutical services are considered a strategic action that has the goals of providing access to quality medicines with rational use while also promoting user satisfaction. User satisfaction is a complex concept, and evaluation models for pharmaceutical services for PLWA were not found in the literature. Therefore, an evaluation outlook to help assess this issue had to be developed. This article has the purpose of describing a theoretical evaluation model of user satisfaction with the dispensing of ARV, developed as part of an Evaluability Assessment (EA). It presents a brief review of EA and user satisfaction and describes the development of models created during the EA. The lessons learned in the process are presented as a conclusion.

Key words: Evaluability Assessment, theoretical model, user satisfaction, HIV/AIDS

Introduction

Brazil was the first developing country to provide people living with HIV/AIDS (PLWA) with comprehensive, universal, free access to antiretroviral medicines. The main objectives of the treatment are to reduce viral load and improve quality of life. It involves a long-term, continuous use of regimens that may cause different adverse effects and types of interactions. The complexity and the high cost involved in the federal government's commitment to provide treatment raised the need to organize quality pharmaceutical services nationwide.

Pharmaceutical services are considered a strategic action consisting of fundamental and interdependent technical components including selection, forecasting, procurement, storage, distribution, dispensing, and use of medicines – the so-called pharmaceutical services cycle^{1, 2}. The operational effectiveness of this set of components depends on the adequate management of each of them, as well as on coordinated planning at the three levels of government administration – federal, state and municipal – in the National Health System. Pharmaceutical services can thus achieve the goals of providing access to quality medicines with rational use while also promoting user satisfaction¹.

Treatment of HIV infection requires frequent contact between users and the pharmacy service. Such contact promotes an improvement of the pharmacist-user relationship, which in turn will result in the adequate counseling of clients regarding all aspects of rational use and drug therapy. Therefore, dispensing has an informative and educational role with a strong interactive interface between program staff and users³. Care for PLWA takes place in a dynamic scenario, in which interactions with subjects reflect the existence of multiple social practices. These practices are permeated by concrete and symbolic social relationships. Patients and providers have different perceptions of issues such as pain management, treatment options, and effectiveness criteria. Such differences in perception may influence user satisfaction.

User satisfaction is a complex concept, and evaluation models for any aspect of pharmaceutical services for PLWA were not found in the literature. Therefore, an evaluation outlook to help assess this issue had to be developed. In addition, the concepts of satisfaction proposed in the studies found in the literature were judged to be lacking.

Because AIDS is a disease loaded with stigma, discrimination and fear, programs that aim to control infectious and/or lethal diseases such as AIDS must take the relationship between users and services into account.

The main purpose of this article is to describe the stages constituting the creation of the three models developed in this EA of a National Evaluation of the ARV dispensing program. The presentation of the models is emphasized due to the need to implement these tools in evaluation practices concerning both user satisfaction and issues related to pharmaceutical services.

Thus, this paper describes a theoretical evaluation model of user satisfaction with the dispensing of antiretroviral medicines (ARV). The model was developed as part of an Evaluability Assessment since the satisfaction of PLWA with the program is a major feature of the program's successful implementation and outcome.

The article presents a brief review of EA and user satisfaction – the latter will be the object of evaluation – and describes the development of models created during the EA. The lessons learned in the process are presented as a conclusion.

Evaluability Assessment

Traditionally viewed as the initial step in an evaluation, the use of EA has expanded, and today it is employed as a planning tool and an effective method for clarifying the purpose of an evaluation^{4, 5}. In the evaluative process cycle, the assessment usually concludes with the implementation of the evaluation. Development of the EA allows the evaluator to acquire important information on the program's theory and goals, as well as on the potential use of the findings by the evaluation's stakeholders. Such findings include the clarification of the program's objectives and operation, its outcomes, and impact indicators. EA may also promote a shared understanding among the stakeholders of the required intervention and evaluation⁶.

Contandriopoulos⁷ emphasizes that an important challenge of evaluation is to incorporate the different expectations and interests of stakeholders into its development, thus providing the evaluators with important and representative elements for a well-balanced judgment. In addition, according to the author, the degree to which an

evaluation's findings are taken into account by its potential users varies according to its theoretical framework, credibility, and pertinence.

According to Thurston and Ramaliu⁸, an EA can be viewed as a formative evaluation that uses systematic inquiry and research methods. Thus, evaluability assessments are particularly valuable for managers who wish to promote organizational development, because they foster learning and improvement in institutional life.

Trevisan⁴ reviewed this subject between 1986 and 2006, showing that the technique has been used broadly in government programs, academic studies and scientific research. While the conceptions elaborated by renowned authors are the most widely used, the form in which the EA framework is applied can vary. The most recurring data collection techniques in studies are document reviews, field visits, and interviews. The author stresses the importance of properly documenting and justifying review or changes to the EA process and the addition of new models.

Thurston and Potvin⁹ propose a review of EA in order to turn it into a participative tool to plan evaluations instead of constituting a merely technical procedure applied on a single occasion at the beginning of an evaluation. From this perspective, EA could be applied at any moment of the evaluation planning and review. The authors view EA and evaluation as tools to promote social change. They define six important elements for the execution of EA: a) selection of an evaluability assistant – key stakeholders must be involved in the selection of evaluability assistant(s); b) identification of stakeholders; c) identification and evaluation of critical documents; d) development of the program's logic model and the evaluation plan; e) establishment of agreements to perform the evaluation; f) identification and evaluation of time factors and other required resources.

According to the authors, the desired products of an EA are a detailed description of the program, the principal issues to be approached in the evaluation, an evaluation plan, and an established agreement among all stakeholders. Such products may easily become a formal program evaluation proposal. Ideally, they should be developed simultaneously to the program's planning, from beginning to end. Thus, both processes, EA and program planning, should be connected and inform one another⁹.

Object of Evaluation: User Satisfaction

The evaluation of health programs or services from the point of view of their users has been gaining importance, because they can provide health care managers with valuable information on how to improve health care. Users define standards for good quality, and identify the most significant aspects of the care received to be considered in the evaluation. Moreover, user satisfaction evaluations focus on the relationship between the users' system of values, beliefs and experiences, and the health service system. Data on satisfaction might inform whether the relationship pattern established between health care providers and users meets the latter's expectations, which are permeated by subjectivities and concrete health care needs¹⁰. Thus, information provided by users can help health care providers to set priorities in their efforts to enhance health services.

In the Brazilian context, according to Oliveira¹⁰, the incorporation of satisfaction surveys in studies examining the country's public health system has to take into account the recent advances in the system's community participation mechanisms. Encouragement of community participation in Brazil is premised on the idea that well-informed users can evaluate, intervene, and propose changes to improve the system. Methodologies that include the user's views are part of a framework that reaffirms the principles of individual and social rights, like those expressed in the concepts of humanization and patient rights¹¹.

Ware et al.¹² view satisfaction as a multidimensional construct in which the attitudes of patients are influenced by different care features. These attitudes relate to providers and services, and each of them has different effects on satisfaction. The authors stress the importance of distinguishing patient satisfaction reports from patient satisfaction ratings. The relevance of patient satisfaction ratings is that they are objective and subjective at the same time, attempting to capture a personal evaluation of care which cannot be approached by direct observation. On the other hand, patient reports are concise and objective.

Esperidião and Trad¹³ listed four main theoretical approaches for understanding user satisfaction, based on: *attitude*, in which satisfaction is viewed as the individual's evaluation of certain aspects of the service received; *discrepancy*, whereby the level of satisfaction is estimated as the difference between expectation and perception of the experience; *fulfillment*, or the difference between what is desired and what is obtained; and *equity*, in which individuals base their evaluation of the services in terms of personal input

and output, and through comparisons with what is obtained by others, which introduces elements of social comparison.

There are models stating the importance of patient features, such as expectations, age, gender and schooling, on satisfaction. According to such models, these aspects should be described and controlled in the analysis, in order to support the validity of the conclusions¹⁴. Other models stress that certain aspects of care are discernible by users, and that they affect the satisfaction with care received with a certain degree of independence¹⁵⁻¹⁸.

According to Ware et al.¹², although satisfaction with health services is influenced by each user's unique combination of characteristics and by other factors pertaining to the service, it is the latter that are mainly responsible for determining satisfaction.

Construction of Models

The need for an evaluation of the work process of medicine dispensing for the treatment of HIV/AIDS was proposed by the STD/AIDS National Program in Brazil. This program has been taking efforts to structure its evaluative activities, including the creation of a specific sector to deal with such issues.

Our work began with the composition of a General Coordination Group (GCG). The group included researchers with significant academic achievements and experience with evaluations in the field of pharmaceutical services, and managers of the STD/AIDS National Program sectors that would run the evaluation, namely Unit of Care and Treatment, and Evaluation Assistance. To support the cooperation efforts of all the actors, focal points were identified to represent the groups involved in the evaluation coordination.

In the initial meetings, the object of the evaluation and the intentions regarding the use of the results were defined. In consonance with the Brazilian organization model for the health system and the guidelines of the STD/AIDS National Program, which states that the subjects are active participants, it was determined that the evaluation should contemplate the characteristics of users and suggest recommendations to improve the services provided. In the review of the literature the approach proposed by Ware et al.¹² was considered an adequate framework for the models to be constructed.

In the meetings with the GCG, the Evaluation Operational Group was created. This group was responsible for selecting and analyzing formal documents (ordinances and resolutions) and informal documents (texts from the internet and materials by NGOs) on medicine dispensing, as well as consulting with the professionals in charge of managing and executing medicine dispensing to PLWA. These activities supported the description of pharmaceutical services and of the dispensing component.

In order to raise awareness among managers and users, and to broaden the debate on the evaluation and its purposes, the project was presented to representatives of state-level administrations and to activists selected by these stakeholders, through a videoconference organized by the STD/AIDS National Program.

Concurrently, a web-based discussion list with leading actors of social movements fighting against AIDS was used to promote our proposal and gather valuable information about concrete daily situations experienced by people who use the dispensing units. This allowed the inclusion of views and values independent from the official perspective and provided a baseline for user satisfaction issues.

After defining the activities that comprised the dispensing process and constructing the dimensions structuring user satisfaction, the materials were once again presented for discussion with the stakeholders.

The development of the first model was meant to outline explicitly the dispensing process and its stages. The second model aimed at understanding the factors potentially involved in the phenomenon of user satisfaction with health services. The third model had the purpose of integrating both approaches, signaling aspects to be investigated operationally. The models and the steps taken to construct them are presented in the following sections.

Models

Faced with the challenge of evaluating user satisfaction with the dispensing of ARV, we sought to address the question through the development of three models, namely: a) Dispensing Logic Model; b) Theoretical Satisfaction Model; and c) Theoretical Evaluation Model of User Satisfaction with dispensing.

We have tried to address two different issues, that is, first to clarify our evaluand object and second to look for a plausible evaluation model. To clarify our object, we looked

at two main points. First, we described the intervention including the chain of planned activities. Then we built a theoretical satisfaction model to account in the dispensing logic model, for mediators that express interactions which contribute to explain whether or not the program achieves the expected effects. As discussed by Mark (2003), logic models generally emphasize the technical components of a program, and theoretical models emphasize presumed factors that might influence the magnitude of the effects. For example, to assess the dimensions of satisfaction with availability, opportunity and accommodation, mediators such as gender, race, engagement in HIV/Aids activism and the decision-making flow need to be addressed.

Finally, the development of a theoretical evaluation model of user satisfaction with dispensing detached from the two previous models aims to emphasize the hybridization of the program's technical description with the theory of the evaluand subject, as well as the need to add a causal path highlighting context moderators to the evaluation approach.

Dispensing Logic Model (DLM)

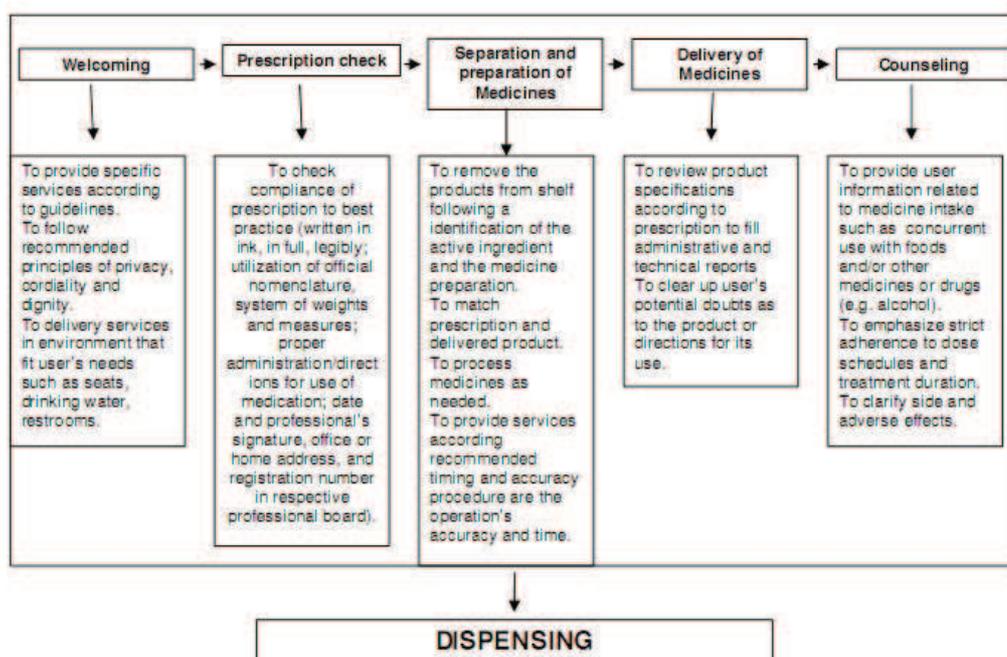
The Dispensing Logic Model is a useful tool to clarify the intervention's technical components characterizing the flow among these components, which allows the program to function. It is a fundamental step in the construction of program evaluation models¹⁹.

In the context of our investigation, discussions with stakeholders and consultation of documents showed that the dispensing process was not formally defined. The GCG decided to use the publication "Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais" (Pharmaceutical Services for Municipal Health Managers) as a reference for this model, since this book has been often employed for training purposes.

The Dispensing Logic Model (DLM) (Figure 2) presents the technical components required for achieving the main goals of dispensing: promotion of rational use of medicines and enforcement of compliance with the prescribed regimen. The components considered in the model, which will be taken into account regarding satisfaction, are: welcoming, prescription check, separation and preparation of medicines, delivery of medicines, counseling. For each technical component, the DLM also considered its required input and activities.

For the purposes of this article, activities are understood as the organized work developed to achieve any planned objective. Input is defined as any resources used to make the planned action occur.

Figure 2 - Dispensing Logic Model



Welcoming begins at the moment the user arrives at the pharmacy, including his/her interaction with the pharmacy worker. This stage is influenced by factors related to the quality of the waiting area, particularly by the attitudes and behaviors of the provider when approaching users. Previous descriptions of dispensing activities do not include welcoming as one of the components of dispensing, but it was added to the model following suggestions given by users.

When checking the prescription, the pharmacy worker is expected to confirm whether the medical prescription is written in ink, in full, legibly, using the official nomenclature and system of weights and measures. The check also verifies that the prescription contains proper directions, the date, and legal requirement such as the health professional's signature, office or home address, and registration number in the respective professional board. Regarding nomenclature, the use of acronyms and abbreviations for the

name of the medicine does not exempt the prescription from including the name of the medicine in full ²⁰.

Separation and preparation of medicines involves the proper identification of what is specified in the prescription regarding both the drug and its preparation. Depending on the routine established by the service, the pharmacy worker performing the activities may have greater or smaller decision-making power. The level of knowledge and professional competence are the other important attributes that influence the decision-making process.

Delivery of medicines refers to these specific activities: rechecking and recording product specifications according to what is being prescribed, reporting and interacting with the prescriber. The recording process can vary according to the type of product, as certain medicines might be subject to special control or under a protocol. The interaction between the dispenser and the prescriber aims to clarify any doubts that may arise in relation to the product, or to information on its use.

The last technical component in dispensing involves counseling, which includes providing information on the use of medicines, explaining interactions with food and/or other medicines, recommending strict compliance to dose schedules, and describing possible adverse effects.

In addition to visually depicting the components related to satisfaction, the DLM is a tool for the integration of management activities and professional practices. Moreover, the DLM facilitates the establishment of more adequate monitoring systems, since certain activities that can improve the work process and increase user satisfaction if well executed are made explicit in the model.

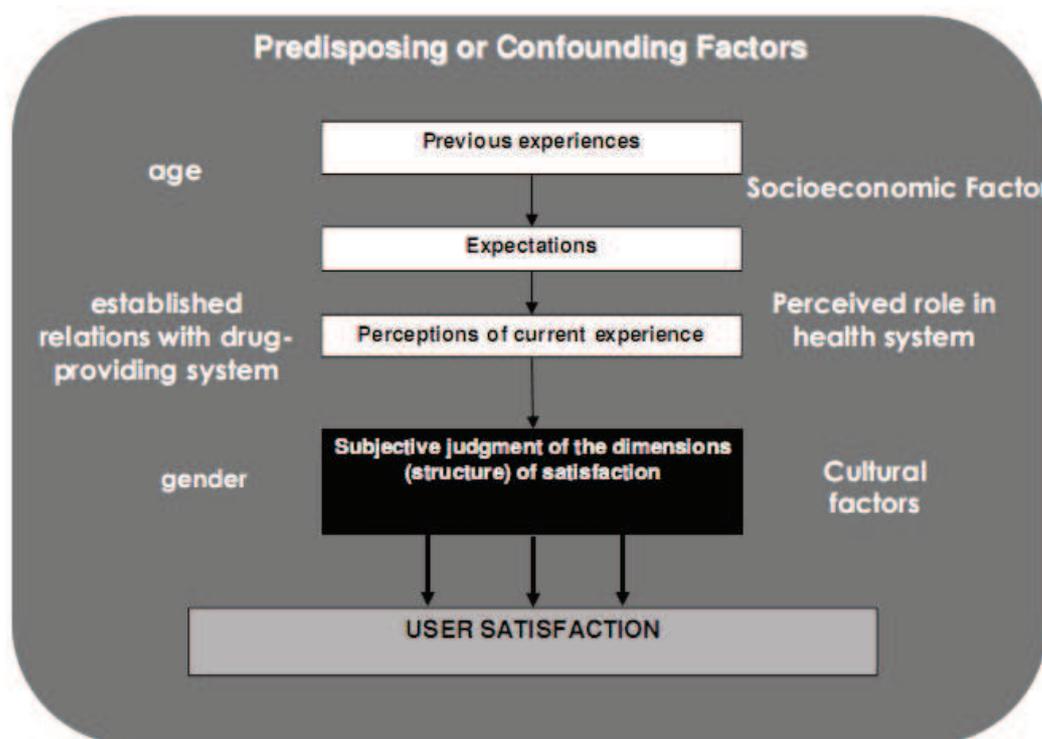
Theoretical Satisfaction Model (TSM)

The following step yielded the **Theoretical Satisfaction Model**, providing an exploratory literature review on satisfaction and its indicators (for patients, clients, users, or consumers). The period reviewed was from 1980 to 2005, and the databases consulted were Medline (National Library of Medicine, USA) and Lilacs (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature). The WHO (World Health Organization) website was also used to obtain documents related to the concepts of interest. The keywords used in the review were: patient satisfaction, user satisfaction, pharmacy, pharmacy services, evaluation, health services, responsiveness, and humanization, in English and Portuguese. The

references included in the reviewed papers were also used to locate interesting articles for discussion. A review of several instruments previously used to measure satisfaction was also performed^{12, 14, 17, 18, 21, 22}.

This study accepts that satisfaction is related not only to a direct reaction of users to the services provided, but also to their history and expectations regarding the solution to problems, including subjective and objective aspects of their judgment of the service's performance¹¹. The TSM considers that previous experiences with health services create or modify the users' expectations towards new experiences (Figure 3). The perception that emerges from the current experience, permeated by these expectations, will influence development of the users' opinions and their resulting evaluation (judgment) of the care received. Also according to this model, other characteristics of users, such as their preferences, culture, and values, participate in the development of their opinions and attitudes, including their degree of satisfaction. This implies that, although undergoing the same experience, different individuals may express diverse opinions in terms of their satisfaction¹⁴. This understanding has led to the need to assess aspects related to age, gender, ethnicity, the perceived role of the health system, and socioeconomic factors as possible confounders in the measurement of user satisfaction. Once the effects of such factors are under control, it may be possible to include the level of satisfaction related to the experience with care in the evaluation.

Figure 3 - Theoretical Satisfaction Model



In addition to allowing control over intervening variables, the organization of this model helps visualize the diversity of the intermediate aspects that qualify and contextualize the relationship between users and services. For example, it becomes possible to investigate how clients with different connections to the dispensing units will judge the dimensions that influence satisfaction. In Brazil, some AIDS patients may be treated by private physicians and only come to public centers to pick up their medicines, while others receive the entire range of care they need in the public clinics.

Theoretical Evaluation Model (TEM)

To develop the third model, the Theoretical Evaluation Model of User Satisfaction with Dispensing, the evaluation team and the stakeholders agreed upon the evaluation question, the focus of the evaluation, and the evaluation approach. The DLM and TSM were used as reference for the construction of this model, guiding the investigation of how each main aspect – previous experience, expectations and perceptions – of the TSM related to each dispensing activity.

The Theoretical Evaluation Model (TEM) specified what intervention components would be evaluated, and described the dimensions and sub-dimensions applied to allow subjects to judge the interventions. Evaluation dimensions can be previously defined cognitive criteria or value categories applied to program components. The matrix associating dimensions, sub-dimensions and operational components of the program provides a useful map to depict the degree of user satisfaction (Figure 4, p. 29).

The model shows that evaluating satisfaction involves the way in which the users judge dispensing, through components such as opportunity, availability and accommodation. The captions in the cells identify the activity in the dispensing process where the satisfaction component could or should be evaluated by the user. In this way, it is possible to assess user satisfaction globally, by considering the six sub-dimensions, and by measuring the evaluation according to each component.

The specific focus of this satisfaction evaluation is on how users judge the activities comprising the intervention considering their current experience rather than the intervention's effect on the target population. This means that what is being evaluated is the work process of the dispensing operation and not the outcome of dispensing. For this reason, the selected dimensions used to structure user satisfaction were related to 'access'²³

rather than ‘quality’²⁴. Both, access and quality, are multi-dimensional categories. Access constitutes a useful category to summarize process evaluations, especially the operational aspects of actions that should precede evaluations of the cause-and-effect relationship, as discussed by Santos and Natal²⁵. Quality, according to Donabedian²⁴, involves operational program dimensions (optimization, acceptability, legitimacy) and program effects (efficacy, effectiveness, efficiency, and equity).

The concept of access to health services used here relates to the degree of fitness between clients and the system, that is, it refers to the relationship between the set of obstacles encountered in the search for care (resistance) and the corresponding capacity of the population to overcome such obstacles, i.e., its “utilization power”^{23,26}. Thus, access is understood as a mediating category, capable of approaching and measuring the ability to create and offer services (or products) and the actual consumption of such services²⁷.

The access and satisfaction categories represent heavily intertwined concepts²⁸⁻³⁰. According to Penchansky and Thomas²³, problems with any of the access dimensions influence client and system fitness in three measurable ways: (1) utilization of services; (2) shifts in user satisfaction; and (3) patterns in the organization of care, including less time devoted to each client and distortion of the use of emergency care. Thus, access as proposed by these authors²³ and modified by WHO/MSH³¹ supports operational evaluations and contributes to the establishment of some of the necessary theoretical approaches to user satisfaction.

The combination of the operational components of the program and the evaluation dimensions extended by means of sub-dimensions opened the evaluation model for inclusion of other judgment categories, such as humanization and responsiveness, which are critical in the context of HIV/AIDS treatment^{11,32}.

In Figure 4 (p. 29), three dimensions from the access category (opportunity, availability and accommodation) are used to organize the structure for the evaluation of user satisfaction³³. These value dimensions define theoretically the domain for the operational indicators of the intervention’s evaluation, allowing one to grasp user satisfaction or dissatisfaction with the service provided. Availability is defined by the relationship between the type and quantity of products and services needed and the type and quantity of products and services offered; opportunity refers to the existence of products and services at the time and place in which they are required technically in face of the

users' health conditions; and accommodation refers to the fitness between the characteristics of the products and services and the expectations and needs of their users.

Access also considers acceptability, which refers to positive attitudes of both providers and clients concerning procedures and practices²³. As discussed previously, accommodation is an important judgment dimension because it encompasses all aspects related to interpersonal relationships and ambiance. In this model, acceptability is diffused across the accommodation sub-dimension.

Affordability, another dimension of access which relates to costs, service prices, and the clients' ability to pay, was not included in this model, since in Brazil access is universal and free for all persons with HIV who need treatment, as provided under Law 9.313/96³⁴.

The dimensions chosen for the model were divided into sub-dimensions, as depicted in Figure 4 (p. 29). The sub-dimensions were selected based on the literature covering access and user satisfaction, as well as the instruments used to measure user/patient satisfaction^{5,12,18,35,36}. Such sub-dimensions are: (a) convenience, which refers to the distance/ease of geographic access, organization of the service, amount of time spent by the user accessing service or different health units; (b) availability of a specific medicine in the pharmacy in the amount prescribed; (c) technical quality of dispensing, referring to the providers' competence and adherence to the essential components of dispensing; (d) technical quality of medicines, including the packaging and labeling of the medicines, adverse reactions, and resolution of symptoms; (e) ambiance, relating to the characteristics of the setting where care is provided (facilities should be consistent with minimum conditions including shelter, cleanliness, signage, ventilation, and clean drinking water); (f) interpersonal aspects, relating to the dispensers' attitude towards users and including respect for autonomy, for dignity, and for confidentiality of information.

Among the several sub-dimensions covered by the accommodation dimension, user perception of the quality of the dispensing process and of the medicines provided, was assessed. Evidence observed after the application of the model suggests that these sub-dimensions should be reviewed, since the various components did not provide the accuracy required to explore the differences in the perceptions of users and providers regarding technical quality.

Figure 4 - Theoretical Evaluation Model of User Satisfaction with Dispensing

Structure of Satisfaction			Focus of Evaluation					
Dimensions	Sub-dimensions	Components	organization (pre-dispensing)	Dispensing Activities				
				Welcoming	Prescription Check	Separation and preparation of medicines	Delivery of Medicines	Counseling
Opportunity	Convenience	Distance/Accessibility	(ease to reach unit, units sufficient)				(Beginning and end of treatment)	(in time and for duration of treatment)
		Organization of Service	(hours open to public, need to visit to one single place for resolution of problem)					
		Time Expended for the User	(to arrive at the unit)	(in the line and the balcony)				
		Choice of Providers and Units	(choice)					
Availability	Presence of Medicine	Medicine available for dispensing				(enough medicines available and dispensed)		
Accommodation	Technical Quality of Dispensing	Accuracy		(check everything)	(dispense correctly)		(technically qualified, understandable)	
		Overall Quality of Medicines					(individual assessment of quality)	
	Technical Quality of Medicines	Adverse effects					(interferes in well-being)	
		Resolution of Symptoms					(resolution capacity)	
	Ambience	Appearance					(color, shape, label)	
		Cleanliness		(hygiene of staff and of facility)				
		Comfort		(seats, water cooler)				
	Interpersonal aspects	Signage	(ease in locating the pharmacy inside the health facility)					
		Autonomy					(opportunity to discuss decisions and wishes)	
		Dignity		(respect, courtesy, professional empathy, non-judgmental attitude)				(interest in and dedication to patient, needs)
	Confidentiality		(identification of person who receives medicines, privacy)			(exposure of medicines)	(information on treatment overheard by people not privy to situation)	

Lessons Learned

The literature showed that few studies have been published on user satisfaction with antiretroviral (ARV) dispensing. Therefore, there was an urgent need to develop and test models that contribute to the evaluation of medicine dispensing, including user satisfaction with this activity.

Program evaluations that use theory as a methodological strategy employ the construction of logic or theoretical models as a necessary part of the evaluative strategy^{19,37,38}. However, the construction of evaluation models has received little attention from the theoretical point of view in the literature³⁸. Articles on evaluation studies, especially in the field of health care, follow the structure of traditional research, rarely, if ever, prioritizing evaluability assessments, model construction, or reflection on criteria and value judgments of the evaluation process. Some authors^{19, 37, 39, 40} have shown that the use of theoretical/logic models is relatively simple and can be a useful tool in evaluation, allowing the program to be treated in depth, valuing its plurality, and explicitly specifying its effects. In the current study, the visual representations promoted the integration of different points of view in the evaluation process, allowing a broader understanding of the program to be evaluated and the immediate incorporation of the results into the decisions, supporting the improvement of the program.

The construction of the theoretical evaluation model allowed reflecting on multidimensional categories such as access and quality. Nevertheless, the evaluation of the dispensing component prioritized access, once it involved the set of dimensions that reflected the work process rather than the effect of the intervention on the population.

The choice to use the concept of access, and especially its relational user/service aspect, allowed focusing on satisfaction regarding the program's function, *i.e.*, dispensing activities. It should be noted that the dimensions proposed by Penchansky and Thomas²³ did not include the subjects' expectations and wishes, but allowed for the inclusion of relevant aspects of the concept of satisfaction found in the literature. The inclusion of elements related to non-technical aspects of care, such as autonomy, privacy, dignity, confidentiality of information and setting for the care provided, extended the scope of the individual model of expectations and wishes to "socially legitimized expectations"⁴¹.

Naturally, these aspects are adequate for any pharmacy user satisfaction model and may be taken for granted in many cultures. In Brazil however, these aspects are particularly important to PWHA and the urgent needs this population face.

The third model addressed the evaluation dimensions applied to the program components, intending to promote the use of the evaluation's findings. The evaluation dimensions in the model are presented as a comprehensive matrix in order to clarify the judgment categories, the program components and the tools used to collect data needed for the evaluation process.

This EA involved different stakeholders from the Brazilian STD/AIDS National Program and allowed activists in the fight against AIDS to understand the role dispensing plays in comprehensive pharmaceutical services provided to PLWA. User participation in discussions on the aspects to be evaluated contributed to the inclusion of elements to the initial conceptual discussion.

One important example is the inclusion of welcoming as one of the components in the dispensing structure. According to users, experiences are extremely diverse, ranging from situations in which persons with HIV are greeted warmly to remarks that express discrimination or discomfort by the pharmacy workers assisting them. In any case, for the participants welcoming is clearly crucial for the relationship established in care and for the expectations generated from that point on.

Moreover, the interface with the actors taking part in the EA presented issues related the diversity of connections established between users and health systems and services. In the Brazilian context: a) persons who already used the public system to treat other chronic diseases, in which case the difficulties with previous experiences mean that they approach the AIDS program with low expectations, and, when they see that the program works and treatment dispensing functions regularly, their degree of satisfaction may increase; b) PLWA without any previous experience with the public health system who approach the system to receive ARV medicines free of charge, in which case the expectations are very particular in face of the absence of experiences with this type of service; c) users known for their participation as activists in movements against AIDS, in which case the relationships established with the service professionals often gives them more power to speak out and negotiate. Considering such diversity of connections and previous expectations, we can see the challenges and complexities inherent to the proposal of constructing models to represent the theory and the functioning of a program.

The proposal to create models that allow to periodically evaluate user satisfaction seeks to contribute to critical evaluative judgment, which is crucial for the emergence of strategies that encourage learning, reflection and overall improvement not only of dispensing but also of evaluation. The inclusion of the step-by-step construction of the models in the EA supports the elaboration of more robust evaluation models as well as the production of more legitimate and useful evidence from evaluation practices. Adding relational metrics⁴² to the description of technical activities regarding dispensing enhances the model and provides a better understanding of aspects such as gender relationships, power relationships, and the individuals' expectations and previous experiences. Moreover, the hybrid matrix dealing with the subjective judgment of the dimensions of satisfaction, included in the TSM, expands the investigative possibilities comprising the program, the effects of satisfaction and the context. Thus, it allows for a more multidisciplinary theoretical approach, including for instance socio-cultural theory, behaviorist theory and economic theory, reflecting the nature of the evaluative process.

References

1. Oliveira MA, Esher ÂFSC, Santos EM, Cosendey MAE, Luiza VL, Bermudez JAZ. Avaliação da Assistência Farmacêutica às Pessoas Vivendo com HIV/Aids no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2002;18(5):1429-39.
2. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S, editors. *Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
3. Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS. A Interação entre Prescritores, Dispensadores e Pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cadernos de Saúde Pública* 2000;13(3):815-22.
4. Trevisan MS. Evaluability assessment from 1986 to 2006. *American Journal of Evaluation* 2007;28(3):290-303.
5. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de Programas: concepções e práticas*. São Paulo: Editora Gente; 2004.
6. Trevisan MS, Huang YM. Evaluability assessment: a primer. *Practical Assessment, Research & Evaluation* 2003;8(20).

7. Contandriopoulos A-P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(3):705-711.
8. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *Canadian Journal of Program Evaluation* 2005;20(2):1-25.
9. Thurston WE, Potvin L. Evaluability assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programmes. Thousand Oaks and New Delhi: SAGE publications 2003;9(4):453-469S.
10. Oliveira CG. Breve análise da categoria de satisfação na obra de Donabedian. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1991.
11. Vaitsman J, Andrade GRBd. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005;10:599-613.
12. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 1983;6:247-263.
13. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública* 2006;22:1267-1276.
14. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc. Sci. Med.* 1997;45(12):1829-1843.
15. Ware Jr JE, Snyder MK. Dimensions of Patient Attitudes Regarding Doctors and Medical Care Services. *Medical Care* 1975;XIII(8).
16. Ware Jr JE, Snyder MK, Wright WR, Davies A. Defining and Measuring Patient Satisfaction with Medical Care. *Evaluation and Program Planning* 1983;6:247-63.
17. Pascoe GC, Atkisson CC. The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and Program Planning* 1983;6(3-4):335-347.
18. Mackeigan LD, Larson LN. Development and Validation of an Instrument to Measure Patient Satisfaction with Pharmacy Services. *Medical Care* 1989;27(5):522-536.
19. Santos Emd, Natal S. Dimensão técnico-operacional - Modelo lógico de programa. Rio de Janeiro: ABRASCO, Fiocruz, Programa Nacional de DST/Aids, Centers for Control and Prevention, Tulane University; 2005.

20. Brasil. Lei Federal nº. 5.991. In: Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1973.
21. Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H, Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. *Soc. Sci. Med.* 1999;48(8):989-996.
22. Atkisson CC, Roberts RE, Pascoe GC. The Evaluation Ranking Scale: Clarification of methodological and procedural issues. *Evaluation and Program Planning* 1983;6:349-358.
23. Penchansky DR, Thomas JW. The Concept of Access - Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Med Care* 1981;XIX(2):127-140.
24. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114(Nov):1115-1118.
25. Santos EMD, Natal S. Avaliação dos programas de controle da malária, dengue, tuberculose e hanseníase: estudo de casos municipais/estaduais na Amazônia legal. Rio de Janeiro: DENSP/ENSP/FIOCRUZ; 2004.
26. Frenk J. El Concepto y la Medición de Aaccessibilidad. In: Investigaciones sobre servicios de salud (K.L. White, ed.). Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 929-943.
27. Luiza VL, Bermudez JZ. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: Bermudez JZ, Oliveira MA, Esher A, editors. Acesso a medicamentos: Derecho fundamental, papel del Estado. Rio de Janeiro: ENSP; 2004. p. 45-66.
28. Blazer DG, Landerman LR, Fillenbaum G, Horner R. Health Services Access and Use among Older Adults in North Carolina: Urban vs Rural Residents. *American Journal of Public Health* 1995;85(10):1384-1390.
29. Cunningham WE, Hays RD, Williams KW, Beck KC, Dixon WJ, Shapiro MF. Access to medical care and health-related quality of life for low income persons with symptomatic human immunodeficiency virus. *Medical Care* 1995;33(7):739-754.
30. Mor V. Developing Indicators of Access to Care: The Case for HIV Disease. In: Access to Health Care in America: The National Academy of Sciences; 1993.
31. WHO/MSH, (World Health Organization/ Management Sciences for Health). Defining and Measuring Access To Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities. Ferney, Voltaire, France; 2000 11-13 December 2000.

32. Silva Ad. A framework for measuring responsiveness. World Health Organization 1999 (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper Series: No. 32. EIP/GPE/EBD).
33. Esher A, Azeredo TB, Luiza VL, Oliveira MA, Santos EMd. Satisfação do usuário e responsividade do programa nacional de dispensação de medicamentos para o tratamento da aids no Brasil: discutindo importantes dimensões. In: Trabalho apresentado em: III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 9 a 13 de julho de 2005. Florianópolis: Abrasco; 2005.
34. Brasil. Lei nº 9313 de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids. <http://www.aids.gov.br/assistencia/lei9313.htm>, disponível em 27/12/2000. In: 1996.
35. Linder-Pelz S. Toward a Theory of Patient Satisfaction Social Science & Medicine* 1982;16:577-82.
36. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EdM, Nunes MO. Estudo Etnográfico da Satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002;7(3):581-89.
37. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e político-institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999;4(2):341-53.
38. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMda, Silva LMVd, editors. *Avaliação em saúde - Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz; 2005. p. 41-63.
39. Hartz ZMda, Champagne F, Contandrioupolos A-P, Leal MdC. Avaliação do Programa Materno-Infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: Hartz ZMda, editor. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 89-131.
40. Santos EM, Natal S. Dimensão técnico-operacional - Modelo teórico da avaliação. Rio de Janeiro: ABRASCO, Fiocruz, Programa Nacional de DST/Aids, Centers for Disease Control and Prevention, Tulane University; 2006.

41. Valentine N, Silva Ad, Kawabata K, Darby C, Murray CJL, Evans DB. Health System Responsiveness: concepts, domains and operationalization. In: Christopher J.L. Murray, Evans DB, editors. Health Systems Performance Assessment: debates, methods and empiricism. Geneva: WHO; 2003.
42. Mark M. Toward a integrative view of the theory and practice of program and policy evaluation. In: Donaldson SL, Scriven M, editors. Evaluating Social Programs and Problems - Visions for the New Millennium. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2003.

Artigo 2: Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids

Title: Constructing evaluation criteria: experts and user satisfaction with pharmaceutical services for HIV/Aids

Autores:

Ângela Esher^{1*}

Elizabeth Moreira dos Santos²

Rachel Magarinos-Torres³

Thiago Botelho Azeredo¹

1. Núcleo de Assistência Farmacêutica, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Rua Leopoldo Bulhões 1480/sl. 630, Manguinhos

CEP – 21041-210

Telefone – (21) 2598-2879 / 2598-2591 / 2209-3076 (Fax)

aesher@ensp.fiocruz.br

*Autor para correspondência

2. Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (Laser), Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

3. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal Fluminense

Aprovado para publicação Ciência & Saúde Coletiva – Disponível on line 1150/2010 - Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids

Resumo

Este artigo apresenta critérios de julgamento para avaliar satisfação dos usuários com a dispensação dos medicamentos para o tratamento do HIV/Aids e seu processo de construção por meio de consenso entre diferentes atores sociais. Em uma avaliação, o procedimento de elaborar, esclarecer, negociar e aplicar critérios para determinar o valor (ou mérito) do objeto avaliado faz parte de um exercício metodológico que deve ser cuidadoso. Critério é uma ferramenta típica da avaliação e pode ser definido como uma dimensão-padrão em função da qual a realidade do objeto da avaliação receberá julgamento qualitativo e/ou quantitativo. Para estabelecer o consenso utilizou-se técnica de Delfos, uma técnica formal utilizada para consenso de especialistas com metodologia e processos estruturados. Neste estudo, foram considerados especialistas aqueles com experiência acadêmica, gestão bem como ativistas informados e comprometidos com a questão. Os achados foram sistematizados sob a forma de uma nova estrutura de satisfação, sob a qual os critérios construídos são articulados hierarquicamente. Buscou-se contribuir para o desenvolvimento de uma estratégia metodológica participativa em avaliação e ampliar o conhecimento sobre a satisfação dos usuários e a dispensação dos medicamentos para HIV/Aids.

Palavras-chaves Satisfação dos Usuários, Técnica Delfos, HIV/Aids, Avaliação

Abstract

This article presents a set of criteria to evaluate user satisfaction with HIV/Aids related pharmaceutical services. The criteria construction process, which involved consensus amongst different social actors, is presented as well. During an evaluation, the procedures involved in elaborating, elucidating, negotiating and applying criteria suitable to determine the value of an evaluation object are part of a methodological exercise that should be thorough. A criterion is a typical tool in the evaluation field that can be defined as a dimension-standard under which an evaluation object receives qualitative or quantitative judgments. To attain consensus, the Delphi technique was applied. This technique prescribes series of formal steps towards a consensus of experts, based on pre-structured methodology and processes. Those with academic and/or management experience as well as activists, well informed and committed to the matter, were considered experts in this study. The findings were systematically organized in a

new satisfaction structure, under which the resulting criteria are hierarchically articulated. This paper aims to contribute to the development of a participatory methodological strategy in evaluation and to enhance knowledge on user satisfaction and pharmaceutical services for HIV/Aids.

Key words User Satisfaction; Delphi Technique; HIV/Aids; Evaluation

Aprovado para publicação Ciência & Saúde Coletiva – Disponível on line 1150/2010 - Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids

Introdução

Em uma avaliação, o procedimento de elaborar, esclarecer, negociar e aplicar critérios para determinar o valor (ou mérito) do objeto avaliado faz parte de um exercício metodológico que deve ser cuidadoso e transparente. Segundo Alföldi¹, critério é uma ferramenta típica da avaliação e pode ser definido como uma dimensão-padrão em função da qual a realidade do objeto da avaliação receberá julgamento qualitativo e/ou quantitativo. O cumprimento desta etapa do processo avaliativo tem um papel essencial e exige da equipe de avaliação habilidade para escolha de estratégias metodológicas adequadas que possibilitarão a tradução de mensurações e observações em juízos de valor².

A proposta de construir critérios para avaliar satisfação do usuário não é tarefa simples tendo em vista a complexidade deste conceito e sua difícil operacionalização mas pode ser um campo fértil para o exercício teórico metodológico de distintas abordagens em avaliação. Neste estudo, que busca a construção de critérios para avaliar satisfação dos usuários com dispensação dos medicamentos para o tratamento do HIV/Aids serão utilizados princípios da abordagem participativa que se destaca por permitir não só a coleta, análise e disseminação de dados, mas também a aprendizagem deste processo e potencializar as possíveis ações daí resultantes. A utilização desta abordagem pressupõe a colaboração de avaliadores e não avaliadores, sendo uma cooperação entre pesquisadores, facilitadores e avaliadores profissionais com indivíduos ou comunidades diretamente interessadas em uma intervenção ou programa que esteja sendo avaliado³. Para sua execução, métodos participativos como técnicas de consensos têm ganho destaque, pois são processos com ingerência ativa do público que objetivam a tomada de decisão de forma democrática, uma vez que permitem a representação igualitária de diferentes setores (perspectivas, opiniões e valores). Na área da saúde, têm sido recomendados quando há a necessidade de estudar um aspecto ético, social ou cultural ou ainda tomar uma decisão política ou técnico-científica em uma área específica do conhecimento.

No exercício apresentado neste artigo, a capacidade avaliativa é compreendida como processo de construção a partir dos sujeitos, muito mais que um movimento meramente técnico⁴. Ao selecionar, consultar, discutir e pactuar com especialistas envolvidos com a dispensação espera-se aprofundar a compreensão destes sujeitos sobre

a intervenção estudada e a produção de critérios cognitivos para avaliar a satisfação com as atividades que a integram.

A dispensação é um importante componente da avaliação da assistência e compreende o último momento em que os profissionais da farmácia interagem diretamente com o cliente externo – o paciente. Quando o foco da pesquisa está relacionado à assistência farmacêutica de quem vive com Aids, é necessário considerar a escassez de propostas que respondam às necessidades específicas de um programa construído de forma coletiva entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal), sociedade civil e usuários do sistema de saúde e para uma população que ainda tem uma relação com os serviços de saúde repleta de estigma, discriminação e medo ⁵.

No âmbito do SUS, o incentivo à participação comunitária e o fortalecimento do controle social têm como pressuposto uma concepção de usuário competente para avaliar, intervir e propor mudanças. A participação dos usuários em avaliações de programas ou serviços de saúde ganha importância em virtude de suas contribuições, pertinentes e realistas, para a melhoria do cuidado em saúde. Metodologias que utilizam a opinião dos usuários possibilitam ainda que princípios relativos aos direitos individuais e sociais, tais como aqueles expressos nos conceitos de humanização e direitos do paciente sejam reafirmados ⁶. Estudos de satisfação são utilizados como peça chave para melhor qualificar informações sobre necessidades, desejos e demandas dos usuários.

Este artigo, parte de uma tese de doutorado que objetiva contribuir para o desenvolvimento de modelos teóricos que subsidiem avaliações de satisfação dos usuários com a dispensação dos medicamentos para o tratamento do HIV/Aids no Brasil, apresenta critérios de julgamento para avaliar a satisfação e seu processo de construção por meio de consenso entre diferentes atores sociais. Em relação ao processo será abordada a estrutura inicial da satisfação dos usuários, a seleção dos participantes, os procedimentos e os instrumentos de trabalho. Os achados foram sistematizados sob a forma de uma nova estrutura de satisfação e serão, desta forma, apresentados e discutidos.

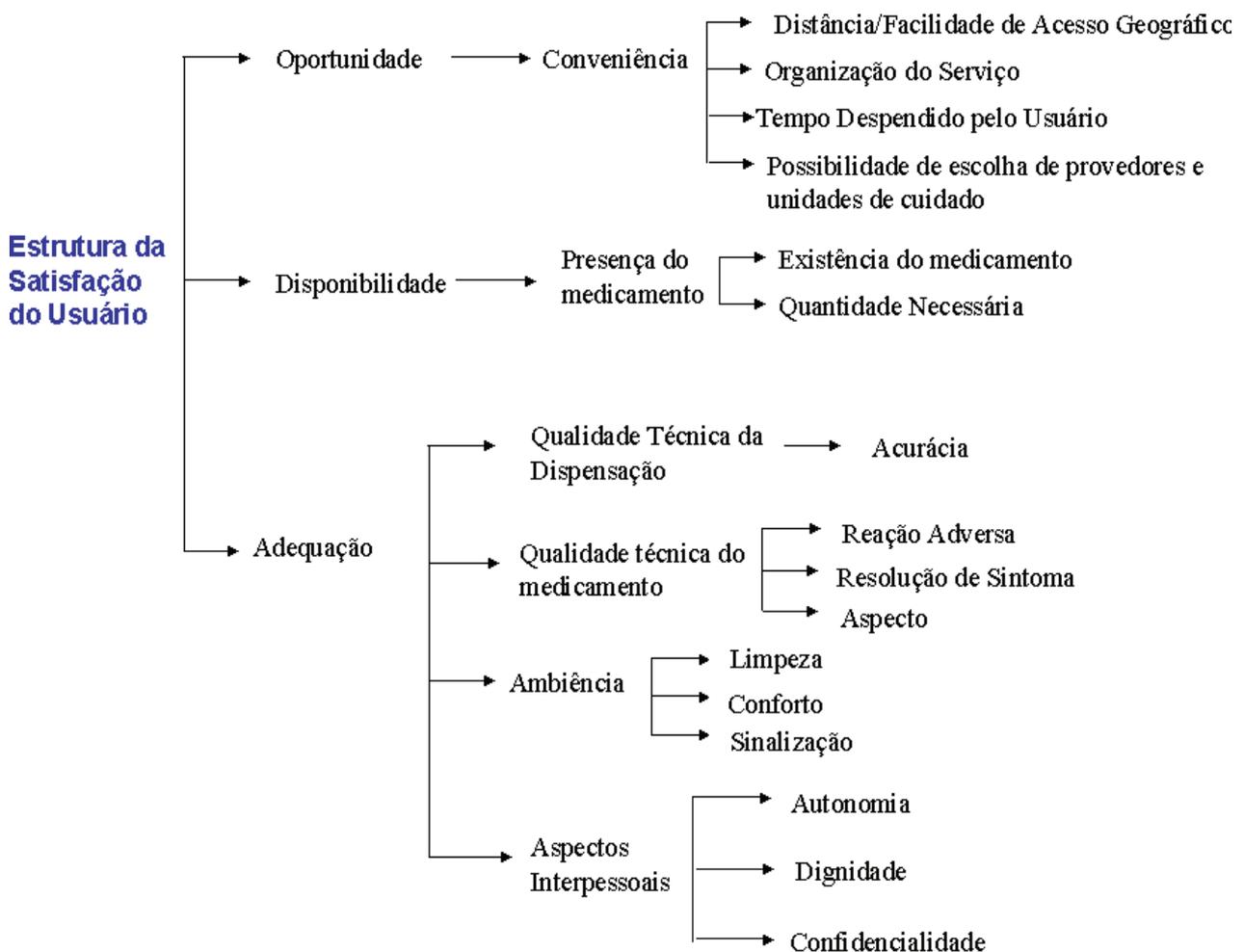
Estrutura Inicial da Satisfação dos Usuários

Em estudo prévio⁵ que objetivou construção de modelos de avaliação para a satisfação dos usuários com a dispensação de medicamentos para o tratamento do

HIV/Aids, foram formulados critérios (dimensões e subdimensões) utilizados pelos usuários para julgar sua satisfação.

O foco na experiência corrente da dispensação e não no efeito da intervenção sobre a população-alvo determinou a escolha de três dimensões da categoria acesso⁷, disponibilidade, oportunidade e adequação para estruturar a satisfação. Estas dimensões definem teoricamente o domínio dos indicadores operacionais da intervenção, os quais permitem a apreensão da satisfação dos usuários em relação ao serviço prestado. Assim: Disponibilidade (availability) é definida pela relação entre o tipo e quantidade de produtos e serviços necessários e o tipo e quantidade de serviços oferecidos; Oportunidade (accessibility) como existência dos serviços no lugar e no momento em que tecnicamente é requerido pela situação de saúde dos usuários; e Adequação (accomodation) refere-se ao ajuste entre as características dos produtos e serviços e as expectativas e necessidades dos usuários (Figura 3).

Figura 3. Estrutura inicial da satisfação dos usuários



O conceito de acesso a serviços de saúde aqui utilizado está relacionado ao grau de ajuste entre os clientes e o sistema, isto é, refere-se à relação entre o conjunto de obstáculos encontrados na busca da atenção (resistência) e a capacidade correspondente da população para superar tais obstáculos, isto é, poder de utilização^{7,8}. Assim, acesso é entendido como uma categoria mediadora, capaz de abordar e medir a capacidade de produzir, oferecer serviços (ou produtos) e o consumo real de tais serviços, constituindo-se em domínio interessante para se mensurar a implementação do programa⁵.

As categorias acesso e satisfação representam conceitos fortemente imbricados^{9,10}. Segundo os Panchansky & Thomas⁷ problemas com quaisquer das dimensões do acesso influenciam os clientes e o sistema de três formas mensuráveis: (1) utilização dos serviços; (2) modificação da satisfação do usuário; e (3) padrões de organização do cuidado como, por exemplo, menos tempo destinado a cada cliente, desvirtuamento do uso da emergência e outros. Dessa forma, acesso, conforme a proposição de Panchansky & Thomas⁷, modificada por WHO/MSH¹¹ permite a formulação de estratégias para avaliar a intervenção operacionalmente e estabelecer vínculos teóricos necessários para se abordar a satisfação do usuário.

As dimensões eleitas para o modelo (Conveniência, Presença do Medicamento, Qualidade Técnica da Dispensação, Qualidade Técnica do Medicamento, Ambiência, Aspectos interpessoais) receberam subdimensões, selecionadas a partir da literatura que discute conceitos-chave e a aplicação de instrumentos utilizados para medir satisfação do usuário/paciente^{6,12-15} (figura 1).

Conveniência refere-se à distância/facilidade de acesso geográfico, organização do serviço, tempo despendido pelo usuário e possibilidade de escolha de unidades de saúde. Presença do medicamento refere-se à disponibilidade do medicamento na farmácia na quantidade prescrita para o usuário. Qualidade técnica da dispensação diz respeito à competência de provedores e adesão aos componentes essenciais da dispensação. Qualidade técnica do medicamento está relacionada às características das embalagens e à apresentação dos medicamentos, à produção de reações adversas e a possível resolução de sintomas. Ambiência está relacionada com as características do local onde o cuidado é fornecido e deve garantir adequação das instalações às condições mínimas para um ambiente confortável (limpeza, sinalização, ventilação suficiente, lugar protegido de intempéries, água limpa para beber); Aspectos interpessoais estão

relacionados à atitude dos dispensadores em relação aos usuários no momento do fornecimento dos medicamentos e inclui os componentes de autonomia, dignidade e confidencialidade.

Aplicação de Técnica de Delfos como Forma de Ampliar a Participação dos Interessados no Processo Avaliativo

Para estabelecer o consenso entre especialistas em relação aos critérios de julgamento para orientar a avaliação da satisfação dos usuários com a dispensação de medicamentos para o tratamento do HIV/Aids utilizou-se técnica de Delfos. Delfos (ou Delphi) é uma técnica formal utilizada para consenso de expertos (ou especialistas) com metodologia e processos estruturados. Tem como base a utilização do conhecimento, da experiência e da criatividade de um painel de especialistas, e como pressuposto a idéia de que o julgamento coletivo, organizado sistematicamente é mais consistente que a opinião individual. Por esta técnica, estabelecer consenso significa adotar uma decisão de comum acordo entre duas ou mais partes. Experto (ou especialista) é aquele que possui experiência, habilidade ou determinados conhecimentos técnicos, científicos ou práticos sobre um tema específico. Nesta perspectiva ampliada, o conceito de especialista inclui desde a experiência acadêmica até a vivência de pessoas bem informadas comprometidas com a questão estudada. Epstein¹⁶ discute de forma bastante consistente o papel dos ativistas e seus aliados na produção do conhecimento no campo da AIDS. A despeito de serem considerados “não-especialistas”, esses tem uma atuação que permite interferir, direcionar e participar da produção de diferentes modalidades de pesquisa assim como da construção de políticas públicas.

Segundo Wright & Giovinazzo¹⁷, a opção por Delfos e não por outras técnicas de consenso deve ser feita em função de peculiaridades do estudo, tais como: inexistência de dados históricos, necessidade de abordagem interdisciplinar e perspectivas de mudanças estruturais no setor. Se bem executada, esta técnica facilita o acesso a um grupo amplo e a uma população geograficamente dispersa de forma simultânea; o intercâmbio de informações entre um número importante de pessoas; evita a coesão de grupo e impede que a autoridade de algum membro influencie outros; e permite que pessoas opinem sem se expor. No entanto, a seleção inadequada dos participantes, perguntas mal formuladas, problemas na estruturação da participação dos selecionados, método incorreto para sintetizar o juízo individual de cada participante e a

influência de fatores externos ou de fontes de financiamento podem ser apontados com aspectos prejudiciais a sua aplicação.

A utilização de técnicas de consenso é apontada como útil para validação da confiabilidade da informação¹⁸. Os autores argumentam que não se trata de uma validação “técnica, formal ou estatística” do que é medido pela informação, mas de uma análise subjetiva oriunda dos profissionais ou especialistas sobre as situações de saúde que serão subsídios para monitoramento e avaliação. No campo da Avaliação de Programas de Saúde, seu uso tem sido crescente, provavelmente por seu representar uma iniciativa de fortalecimento da capacidade técnica em M & A¹⁸.

O caráter inclusivo de Delfos possibilitou receber contribuições de especialistas, que utilizaram experiências reais vividas com o planejamento, a gestão, a dispensação ou o recebimento de medicamentos em diferentes áreas geográficas do país. Possibilitou ainda que cada participante expressasse suas idéias evitando situações constrangedoras que poderiam surgir no contato face a face¹⁸. Além disso, representou baixo custo para a equipe do estudo.

Seleção dos participantes

Em 2005, o Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF/ENSP/FIOCRUZ) sob encomenda do Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids), mais especificamente a Unidade de Assistência e Tratamento (UAT) e a Assessoria de Monitoramento e Avaliação (AM&A) executou uma avaliação da dispensação de medicamentos para o tratamento das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA). O estudo, conduzido em dez estados brasileiros indicados por amostra intencional, combinou critérios de magnitude da epidemia com a intenção de se obter um panorama geral da qualidade da dispensação de ARV e MIO no Brasil. Foram abordados dois eixos: a) aspectos relativos à estrutura disponível e aos processos pertinentes à produção dos efeitos esperados e; b) satisfação dos usuários com o processo de dispensação¹⁹.

Um dos efeitos da avaliação foi a constituição pelo PN-DST/Aids de Grupo de Trabalho (GT) em Assistência Farmacêutica composto cerca de 20 pessoas com diferentes inserções profissionais na área de medicamentos e assistência farmacêutica e ativistas do movimento social de luta contra aids para elaborar um documento com novos procedimentos a fim de melhorar esta intervenção.

Após autorização concedida pelo PN-DST/Aids, instância responsável pela organização do grupo foram convidados, todos os seus membros, além de, duas

farmacêuticas, responsáveis por dispensar medicamentos ARV na região Norte e na região Sudeste, uma especialista em avaliação de qualidade de serviço com inserção governamental e uma PVHA há cerca de 20 anos, com inserção acadêmica na área de comunicação e aids. Dos 24 especialistas convidados, 12 responderam ao convite, aceitando participar. Como o GT organizado pelo PN-DST/Aids, já tinha encerrado suas tarefas, a participação de seus membros não comprometeu a independência das sugestões.

Procedimentos e Instrumentos de Trabalho

Os 12 especialistas que concordaram em participar receberam por correio eletrônico, em mensagem individual, o primeiro instrumento de trabalho. O documento continha Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), texto introdutório sobre os objetivos do estudo e esclarecimento sobre o processo de construção de consenso utilizando Delfos, instruções para preenchimento e devolução do material. Em seguida, foi apresentada breve introdução sobre a definição de dispensação bem como das dimensões selecionadas medir satisfação do usuário/paciente utilizadas no estudo. Solicitou-se contribuições sobre conteúdos que poderiam definir cada dimensão da satisfação, expressas de forma livre. Assim, o participante deveria construir itens para compor cada uma das dimensões mencionadas. Desta forma, por exemplo, o especialista deveria responder a seguinte questão: “Para o (a) senhor (a) Presença do Medicamento é?”; e o exemplo de resposta possível: Presença do Medicamento é uma dimensão utilizada para o usuário avaliar sua satisfação quanto à disponibilidade do medicamento na farmácia na quantidade prescrita para usuário. Inclui itens como “ter todos os medicamentos” e “não faltar medicamentos importantes”. O texto trazia ainda a possibilidade do participante acrescentar outros itens que considerasse importante, mesmo que não relacionados às dimensões mencionadas. O termo “item” é aqui utilizado como uma referência às contribuições dos especialistas.

Nesta primeira etapa, o prazo para devolução da resposta foi de 20 dias. Como nem todos responderam neste prazo, foi enviada uma comunicação explicando a importância da participação dos especialistas e fornecida uma nova data. Após o segundo prazo, entre 10 e 15 dias depois, outros participantes responderam. Assim, do grupo inicial de doze que concordaram em participar do estudo, nove responderam.

O segundo instrumento de trabalho foi enviado 45 dias após o final do segundo prazo apenas para os nove que responderam ao primeiro. Nesta segunda rodada, os

especialistas deveriam julgar os itens quanto à pertinência e à relevância. Foi estabelecido como item relevante aquele necessário, importante para medir a satisfação do usuário com a dimensão. Os itens poderiam receber Sim ou Não para a pertinência e pontuação de 0 (zero) a 2 (dois) para relevância onde 0 (zero) representava nada relevante, 1 (um) pouco relevante e 2 (dois) muito relevante. Foi ressaltado para os participantes que não havia respostas corretas ou erradas .

Quadro 1 - Estrutura dos instrumentos de trabalho utilizados na construção de critérios de julgamento em avaliação da satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids

PRIMEIRO INSTRUMENTO DE TRABALHO				
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)				
Elementos informativos				
<ul style="list-style-type: none"> Sobre o Método Delfos Sobre a Dispensação de Medicamentos Dimensões inicialmente adotadas para medir satisfação do usuário/paciente 				
Questões				
1. Para o (a) senhor (a) Conveniência é:				
2. Para o (a) senhor (a) Presença do Medicamento é:				
3. Para o (a) senhor (a) Qualidade Técnica da Dispensação é:				
4. Para o (a) senhor (a) Qualidade Técnica do Medicamento é:				
5. Para o (a) senhor (a) Ambiência é:				
6. Para o (a) senhor (a) Aspectos interpessoais são:				
SEGUNDO INSTRUMENTO DE TRABALHO				
Elementos informativos				
<ul style="list-style-type: none"> Sobre a segunda rodada do Delfos Orientações para julgamento da pertinência e relevância 				
Questões				
Modelo de quadro apresentado para julgamento quanto à pertinência e a relevância dos itens resgatados com o primeiro documento de trabalho para cada uma das Dimensões				
Conveniência				
Itens*	Pertinência (SIM ou NÃO) Este item faz parte da dimensão?	Relevância		
		0 Nada Relevante	1 Pouco Relevante	2 Muito Relevante
Proximidade geográfica				
Pronto atendimento				

Na análise da pertinência, para ser objeto de consenso, um item deveria ter recebido cinco ou mais respostas positivas ou negativas. No primeiro caso, considerou-se consenso quanto à pertinência destes itens; no caso de cinco ou mais respostas negativas, considerou-se consensual que o item não era pertinente, para aquela dimensão.

Somente os itens considerados pertinentes foram avaliados quanto à relevância. O estabelecimento da pontuação permitiu determinar um valor de relevância para o item. A pontuação final de cada item foi calculada multiplicando o número total de respondentes que considerou o item pertinente pelo valor dos pontos recebidos. Isto resultou na pontuação final de cada componente. A pontuação variou de 0 a 14. Foram considerados com alto grau de consenso quanto à relevância itens cuja pontuação foi igual ou superior a 80% do valor máximo alcançado. Itens sem consenso para pertinência não receberam esta pontuação.

Para a construção da nova estrutura de satisfação os itens foram analisados sendo, quando necessário, agregados ou decompostos, formando-se assim as novas subdimensões.

Este estudo está de acordo com as orientações presentes na Resolução CNS 196/96, foi submetido (CAAE é 0178.0.031.000-07) e aprovado Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob parecer nº 182/07.

Estrutura da Satisfação após o Delfos

A primeira rodada do Delfos identificou 108 itens para compor uma medida de satisfação dos usuários segundo os especialistas. Foram distribuídos da seguinte forma: 21 relacionados à dimensão Conveniência, 15 à dimensão Qualidade Técnica da Dispensação, 27 à dimensão Qualidade Técnica do Medicamento, 22 à dimensão Ambiência, 15 à dimensão Aspectos Interpessoais, e 8 à dimensão Presença do medicamento. Segundo estes dados, a dimensão Qualidade Técnica do Medicamento obteve maior quantidade de itens sugeridos que as demais, enquanto a dimensão Presença do Medicamento obteve a menor. Quanto maior o número de itens inicialmente listados menor consenso inicial quanto aos critérios de julgamento.

A segunda rodada do Delfos enunciou 49 itens considerados como pertinentes pelo grupo de trabalho. Os itens se distribuíram por todas as dimensões da estrutura inicial da satisfação dos usuários. Nenhuma dimensão presente no modelo inicial ficou sem critério de julgamento. A disposição dos itens por dimensão aconteceu da seguinte

forma: 9 relacionados à Conveniência, 11 à Qualidade Técnica da Dispensação, 13 à Qualidade Técnica do Medicamento, 7 com Presença do Medicamento, 4 com Ambiência e 5 com Aspectos Interpessoais .

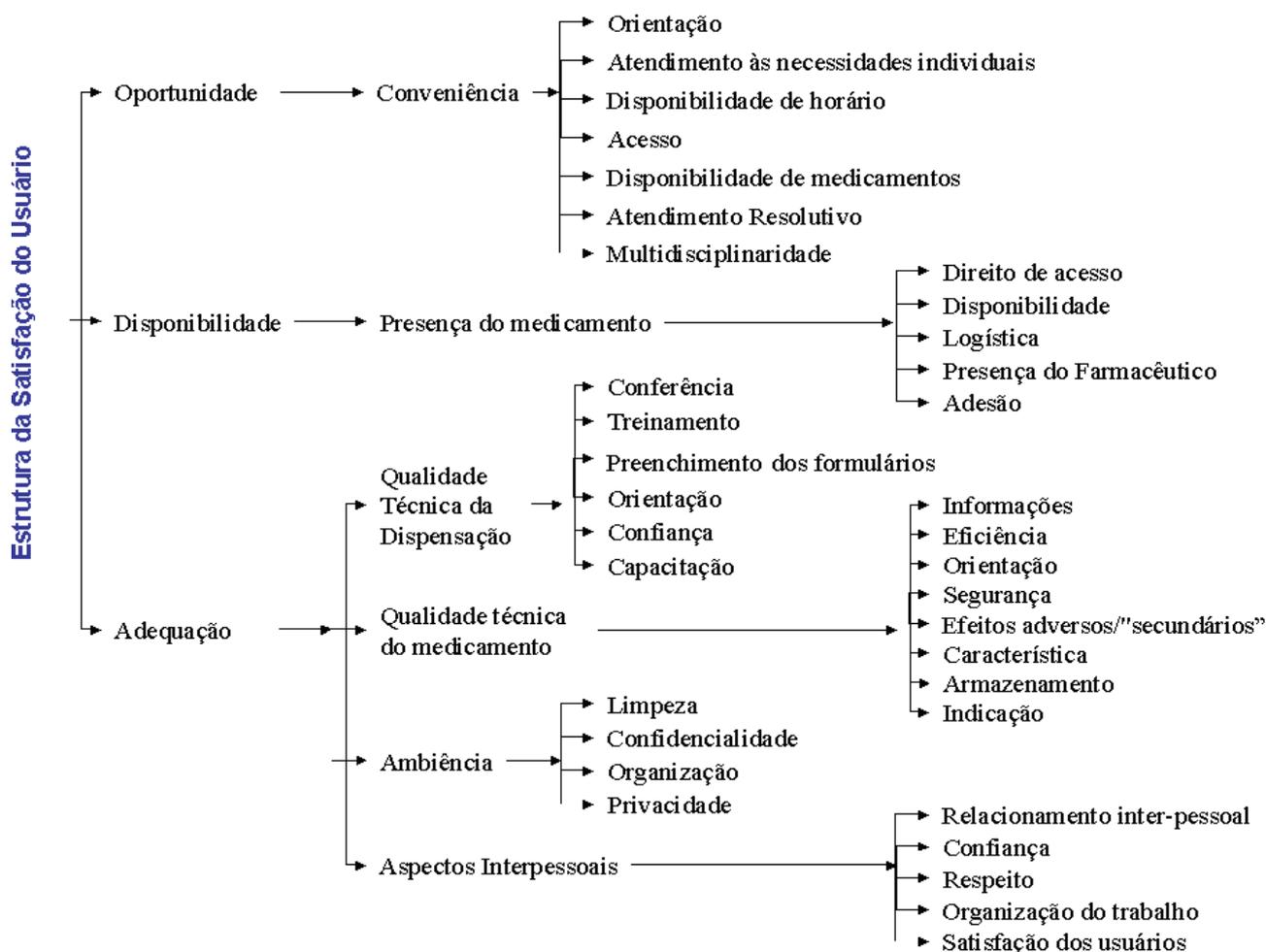
Tabela 1. Itens considerados pertinentes e relevantes pelos especialistas após segunda rodada do Delfos.

Dimensão / Sub-dimensão Itens	Número de especialistas que consideraram o item pertinente	Pontuação final de relevância do item
Oportunidade / Conveniência		
Profissional que orienta sobre utilização e efeitos dos medicamentos	7	13
Atendimento às necessidades individuais no momento da retirada do medicamento	7	12
Disponibilidade de horário de atendimento da Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM)	7	12
Acesso ao medicamento	6	12
Disponibilidade de medicamentos para infecções oportunistas	6	12
Disponibilidade dos ARV	6	12
Atendimento Resolutivo	6	11
Equipe multidisciplinar para atendimento	6	11
Facilidade do acesso a UDM	6	11
Disponibilidade / Presença do Medicamento		
Direito de acesso ao medicamento necessário	7	13
Disponibilidade de todos os medicamentos para o tratamento	7	13
Disponibilidade imediata do medicamento de acordo com o prescrito	7	13
Fundamental para contribuir com a adesão ao tratamento	7	12
Logística do Programa Estadual para abastecer as UDM	6	11
Presença do Farmacêutico	6	11
Adequação / Qualidade Técnica da Dispensação		
Conferência de possíveis dúvidas do usuário	7	13
Equipe treinada e capacitada para exercer atividade de dispensação	7	13
Orientação ao usuário sobre o uso dos medicamentos contidos na prescrição	7	13
Preenchimento adequado dos formulários para dispensação	7	13
Profissional Capacitado, treinado, atualizado e que saiba transmitir seu conhecimento	7	13
Recordar a prescrição com o usuário	7	13
Capacidade de esclarecer e orientar devidamente os usuários de medicamentos	7	12
Confiança do usuário no dispensador	7	12
Dispensação conforme a prescrição	6	12
Capacidade técnica do profissional que presta as informações na dispensação	6	11
Informações recebidas sobre a terapia medicamentosa	6	11
Adequação / Qualidade Técnica do Medicamento		
Clareza das informações contidas em sua apresentação	7	14
Eficiência	7	14
Orientação para uso e conservação corretos no período de consumo pelo usuário	7	14
Segurança	7	14
Facilidade para ser ingerido	7	13
Importante para manutenção da vida da pessoa vivendo com aids	7	13
Poucos efeitos adversos (ou "secundários")	7	12
Alterações química/física do medicamento	6	12
Armazenamento do medicamento	6	12
Indicação registrada	6	11
Preenchimento de todos os requisitos exigidos em conformidade com a legislação em vigor	6	11
Utilizados para recuperação, manutenção ou prevenção da saúde	6	11
Validação pelos órgãos reguladores FDA, EMEA, ANVISA, OMS	6	11
Adequação / Ambiência		
Local organizado para desenvolvimento da atividade	7	12
Local limpo	7	11
Garantia de confidencialidade	6	11
Garantia de Privacidade	6	11
Adequação / Aspectos Interpessoais		
Fatores que determinam o grau de confiança entre os usuários e os profissionais	7	13
Respeito a cultura, religião, educação, status social, comportamento, vivência	7	12
Trabalho em equipe	7	12
Satisfação dos usuários com o profissional	7	11
Produto das relações estabelecidas entre usuário e profissional de saúde e vice-versa	6	11

Embora tenha recebido uma menor quantidade de itens na primeira rodada do Delfos, a dimensão Presença do Medicamento manteve a maior parte de seus itens classificadas como sendo pertinentes pelos participantes na segunda rodada do estudo, confirmando a visão mais coesa a respeito desta dimensão. É importante ressaltar que na primeira estrutura (Figura 3) esta dimensão já era composta por itens homogêneos que se referiam à existência do medicamento e em quantidade necessária. A função do medicamento e sua constante necessidade fizeram com que os itens desta dimensão fossem objeto de rápido consenso.

Confrontando a estrutura elaborada a partir dos itens gerados no Delfos (Figura 4), com a estrutura inicial da satisfação do usuário (Figura 3), todas as dimensões da satisfação aparecem caracterizadas por um número maior de subdimensões. As novas subdimensões ampliam o domínio das dimensões inicialmente construídas e muitas vezes tornam tênues os limites entre as dimensões. Isto pode ser observado quando uma mesma subdimensão, como por exemplo, orientação aparece compondo diferentes dimensões (conveniência, qualidade técnica da dispensação e qualidade técnica do medicamento). Disponibilidade de medicamentos foi outra subdimensão que surgiu em mais de uma dimensão (conveniência e presença do medicamento).

Figura 4. Estrutura da satisfação dos usuários após o delfos



A dimensão Conveniência recebeu subdimensões que ampliaram o conteúdo inicialmente elaborado. No modelo inicial, o foco estava na “conveniência da unidade dispensadora” isto é, fazendo referência aos aspectos relacionados à organização e localização do serviço para atender as necessidades dos usuários. Com o trabalho dos especialistas, foram incluídas subdimensões relacionadas à orientação, ao atendimento resolutivo e a multidisciplinaridade, mostrando que, para eles, o que torna um serviço conveniente não se resume a uma boa localização e horário de funcionamento, embora estes aspectos tenham sido reafirmados como pertinentes a esta dimensão. Por meio do exame dos itens sugeridos, pode-se afirmar que a subdimensão acesso, incluída pelos participantes significa acesso geográfico.

Importante notar que a disponibilidade dos medicamentos também foi citada como relevante para a conveniência dos serviços. No estudo de Luiza e colaboradores¹⁹ tanto usuários quanto dispensadores, responsáveis pela dispensação e prescritores (médicos) consideraram esta dimensão como a mais importante frente às demais. Ao tratar da dispensação de medicamentos, muitas vezes se trata a disponibilidade como um fim em si mesmo. A contribuição dos especialistas mostra que este aspecto impacta também na conveniência – a falta de algum medicamento implicará na necessidade de retorno do usuário em algum outro momento, ou sua busca em algum outro espaço – se houver esforço para manter a integralidade do tratamento. A ausência de algum medicamento no momento em que o usuário necessita pode até não ocasionar a interrupção do tratamento, mas segundo os especialistas tornará a busca pelos esquemas de tratamento pouco conveniente aos usuários.

A dimensão Presença do Medicamento foi entendida como sendo caracterizada por: direito de acesso, disponibilidade, logística, adesão e presença do farmacêutico. Embora tenha recebido uma menor quantidade de itens na primeira rodada do Delfos, esta dimensão manteve a maior parte de seus itens classificadas como sendo pertinentes pelos participantes na segunda rodada do estudo, confirmando a visão mais coesa a respeito desta dimensão. É importante ressaltar que na primeira estrutura (Figura 3) esta dimensão já era composta por itens homogêneos que se referiam à existência do medicamento e em quantidade necessária. A função do medicamento e sua constante necessidade fizeram com que os itens desta dimensão fossem objeto de rápido consenso.

A presença de farmacêuticos e/ou responsáveis pelo provimento do tratamento nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) entre os especialistas trouxe a

logística como uma subdimensão que compõe a presença do medicamento. O aparecimento deste item fala da complexa cadeia de abastecimento do setor farmacêutico e do relacionamento entre as unidades de saúde e as secretarias municipais, estaduais e o Ministério da Saúde. Este foco²⁰, quando investigado mais profundamente no instrumento de trabalho, foi sugerido de forma a explicitar a logística da assistência farmacêutica na esfera estadual. É provável que a ênfase nesta esfera esteja pela sua responsabilidade pela provisão de medicamentos para doenças oportunistas, que muitas vezes falha em todos os estados do país.

As subdimensões presença de farmacêutico, logística e 'adesão' aproximam e vinculam o conteúdo da dimensão presença do medicamento à qualidade técnica da dispensação e do medicamento²¹. Assim, a presença do medicamento deve ser avaliada com foco na disponibilidade e no acesso, os fins implícitos desta dimensão, mas também por subdimensões relacionadas às tarefas, os meios, que devem ser desempenhadas para a sua garantia.

A inclusão do farmacêutico como subdimensão resultante do consenso reflete uma preocupação com a legislação. Desde 1973, o Brasil tem legislação que exige a presença do farmacêutico durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento²². A participação e a troca proporcionada pelo uso de Delfos permitiram que profissionais farmacêuticos integrantes do grupo de especialistas refletissem sobre sua própria contribuição ao desempenho do programa. Ao envolver esses profissionais, transparece a importância que atribuem a si mesmos ou ao seu trabalho ou a importância que consideram que deveriam ter.

Além de múltiplas responsabilidades que envolvem questões legais, técnicas e clínicas, o farmacêutico poderá formar e capacitar outros profissionais para identificar, corrigir ou reduzir possíveis equívocos na terapêutica prescrita. Deve-se considerar que na prática nem todas as unidades dispensadoras contarão integralmente com a presença de profissionais com esta formação específica, mas é necessário garantir a presença de profissionais com atributos que trabalhem para garantir o bom desempenho desta dimensão.

Na Qualidade Técnica da Dispensação, a subdimensão que compunha a primeira estrutura encontra relação próxima com as resultantes do Delfos. O modelo inicial traz como elemento desta dimensão, a acurácia, entendida como verificação da receita, atendimento da quantidade certa e com orientação e os especialistas criaram subdimensões que se bem executadas e avaliadas cumprem o papel de uma dispensação

com acurácia, isto é, que envolva capacitação e orientação, existência de profissionais capacitados e orientação adequada com estabelecimento de vínculo de confiança com usuário e registro das atividades estabelecidas.

É possível afirmar que subdimensões como confiança e preenchimento de formulários têm origem na participação de especialistas com experiência na logística interna da dispensação. Os especialistas consideram que na medida em que o processo de trabalho passe por uma maior organização isto aumentará a qualidade técnica da dispensação.

Ao destacar a confiança e a formação de vínculo com os usuários na orientação oferecida a estes como aspectos relevantes da qualidade técnica da dispensação, as contribuições dos especialistas se aproximam da forma como os usuários julgam esta dimensão. Estudo de Azeredo e colaboradores²³ apontou que as respostas dos usuários a itens de julgamento da qualidade técnica da dispensação, como a verificação cuidadosa da prescrição, se relacionavam fortemente a atributos da relação interpessoal como a atenção, a confiança e a cordialidade no atendimento.

Para a dimensão Qualidade Técnica do Medicamento, o consenso resultou na inserção de subdimensões como: eficiência, segurança, facilidade de utilização, orientação quanto ao uso e conservação, registro coerente com a indicação, adequação à legislação vigente. A proposta do modelo inicial era mais restrita às características dos medicamentos e sua ação.

Cabe destaque também para o caráter processual da qualidade do medicamento introduzido nesta dimensão pelos especialistas. Neste sentido, a qualidade técnica do medicamento não é assumida *a priori*, como uma propriedade intrínseca ao produto manufaturado. Antes, deve ser garantida por um engajamento ativo daqueles envolvidos no uso, tanto dispensadores quanto usuários, necessitando de procedimentos de registro e aferição de conformidade legal bem como de orientação para uso e conservação adequados.

No modelo inicial, a dimensão Ambiente era composta por três subdimensões: limpeza, conforto e sinalização. Sob ponto de vista dos especialistas as subdimensões pactuadas foram: organização do local, limpeza, confidencialidade e privacidade. Estudos anteriores^{19, 23} já demonstravam a relação entre aspectos da ambiência ou infraestrutura das unidades dispensadoras de medicamentos ARV com a privacidade e a confidencialidade nos atendimentos. Esses estudos apontaram que a possibilidade de um atendimento com privacidade está fortemente relacionada ao ambiente da dispensação,

resultados estes que corroboram a posição dos especialistas ao considerarem estas subdimensões como parte de uma mesma dimensão. Além disso, há correlação entre o ambiente da dispensação, o atendimento com privacidade e o recebimento de orientação sobre o tratamento.

A constituição de uma dimensão de ambiência que inclua aspectos infra-estruturais da dispensação, privacidade e confidencialidade do atendimento possibilitará a avaliação de aspectos relacionados à orientação e ao aconselhamento. Segundo Watermeyer²⁴, uma comunicação bem sucedida e adequada é necessária para promover adesão e assegurar que pacientes alcancem os melhores resultados possíveis com o tratamento.

Os especialistas caracterizaram a dimensão Aspectos Interpessoais com elementos relacionados ao grau de confiança entre os usuários e os profissionais da dispensação, ao respeito, à organização do trabalho e à própria satisfação. Se comparada à estrutura inicial, o respeito é a subdimensão que mais aproxima as duas propostas. No entanto, um estudo anterior já apontava que a confiança no trabalho dos dispensadores estava relacionada ao respeito e aos aspectos interpessoais²³.

Interessante notar a reflexão dos especialistas quanto à organização do trabalho e sua vinculação com o respeito aos usuários. Fica implícito que mais que uma iniciativa de conformidade técnica há uma relação entre organização do trabalho e respeito como aspecto que traz satisfação. Ao avaliar a organização do trabalho, avalia-se o nível de respeito dispensado aos usuários, assim, o respeito se traduz em serviço organizado.

A subdimensão Orientação foi inserida nas dimensões Conveniência, Qualidade Técnica da Dispensação e Qualidade Técnica do Medicamento por sua importância na assistência farmacêutica e pelas distintas características dos especialistas que fizeram parte do consenso. O intenso exercício de orientação que considera que pacientes possam sentir desconforto para formular questões ou para externar voluntariamente suas preocupações é uma medida em favor da adesão. A ruptura na comunicação entre profissional de saúde e paciente é apontada como uma dentre as muitas razões que dificulta compreensão de instruções sobre medicamentos, condição essencial para o sucesso do tratamento²⁴.

Considerações Finais

Este artigo apresentou critérios de julgamento para avaliar satisfação dos usuários com a dispensação dos medicamentos para o tratamento do HIV/Aids e seu

processo de construção por meio de consenso entre diferentes atores sociais. Os critérios, descritos como dimensões e sub-dimensões, devem ser compreendidos como categorias cognitivas, construídas a partir da teoria de satisfação dos usuários e dispensação de medicamentos e que serão utilizadas para julgamento do programa. Quando aplicados ao foco da avaliação possibilitarão intervenções mais específicas nos diferentes componentes técnicos e estruturais da dispensação.

Seguindo os princípios da abordagem participativa nas avaliações, buscou-se a construção coletiva de valores comuns ao utilizar técnica de Delfos e possibilitar a seleção de profissionais com diferentes inserções na área de medicamentos e assistência farmacêutica assim como ativistas do movimento social de luta contra Aids com algum tipo de inserção acadêmica. A participação de membros de um GT previamente organizado pelo PN-DST/Aids poderia ser compreendida como um fator limitante das sugestões mas não o foi, seja porque o Grupo já havia encerrado suas tarefas na ocasião deste estudo, seja pela experiência ocupacional dos especialistas ou ainda pela mobilização com o tema. O desafio de expandir a noção de especialistas e reunir pessoas que contribuíssem com sua experiência, representando diferentes partes interessadas foi cumprido e isso pôde ser percebido na troca de informações que possibilitou aos participantes o acesso a novos conteúdos e ao estabelecimento de consenso, construído com base em uma multiplicidade de opiniões e vivências.

A falta de interação direta entre o grupo permitiu a garantia de privacidade, livre expressão e evitou constrangimentos entre os participantes, no entanto, impossibilitou o aprofundamento da análise de determinadas questões. No modelo construído a partir das contribuições dos especialistas, a satisfação dos usuários foi sugerida como subdimensão de aspectos interpessoais. Aspectos interpessoais é no modelo uma dimensão da estrutura de satisfação dos usuários. Como o objetivo do estudo era estabelecer consenso entre os especialistas, não foram realizadas análises individuais de cada contribuição.

A proposição de estabelecer critérios de avaliação a partir do consenso de um grupo que representasse as diferentes partes interessadas na intervenção buscou contribuir para o desenvolvimento e o fortalecimento de uma estratégia metodológica participativa e ampliar a produção do conhecimento sobre avaliação de satisfação dos usuários com a dispensação dos medicamentos para o tratamento do HIV/Aids.

Referências bibliográficas

1. Alföldi F. *Savoir Évaluer En Action Sociale Et Médico-Sociale*. Paris: Dunod; 2006.
2. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de Programas: concepções e práticas*. São Paulo: Editora Gente; 2004.
3. Cousins JB, Whitmore E. Framing participatory evaluation. *New Directions for Evaluation* 1998(80):5-23.
4. Brandão DB, Silva RR, Palos CMC. Da construção de capacidade avaliatória em iniciativas sociais: algumas reflexões. *Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação* 2005;13:361-374.
5. Esher Â, Santos EM, Azeredo TB, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Oliveira MA. Logic Models from an Evaluability Assessment of Pharmaceutical Services for People Living with HIV/AIDS. *Cien Saude Colet*. Rio de Janeiro; 2010.
6. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cien Saude Colet* 2005;10(3):599-613.
7. Penchansky DR, Thomas JW. The Concept of Access - Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Med Care* 1981;XIX(2):127-140.
8. Frenk J. El Concepto y la Medición de ACESSIBILIDAD. In: *Investigaciones sobre servicios de salud* (K.L. White, ed.). Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 929-943.
9. Mor V. Developing Indicators of Access to Care: The Case for HIV Disease. In: *Access to Health Care in America: The National Academy of Sciences*; 1993.
10. Cunningham WE, Hays RD, Williams KW, Beck KC, Dixon WJ, Shapiro MF. Access to medical care and health-related quality of life for low income persons with symptomatic human immunodeficiency virus. *Medical Care* 1995;33(7):739-754.
11. WHO/MSH, (World Health Organization/ Management Sciences for Health). *Defining and Measuring Access To Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities*. Ferney-Voltaire, France: WHO–MSH (World Health Organization-Management Sciences for Health); 2000 11-13 December 2000.
12. Mackeigan LD, Larson LN. Development and Validation of an Instrument to Measure Patient Satisfaction with Pharmacy Services. *Medical Care* 1989;27(5):522-536.

13. Ware Jr JE, Snyder MK, Wright WR, Davies A. Defining and Measuring Patient Satisfaction with Medical Care. *Evaluation and Program Planning* 1983;6:247-63.
14. Sitzia J, Wood N. Patient Satisfaction: a Review of Issues and Concepts. *Social Science & Medicine* 1997;45(12):1829-43.
15. Silva Ad. A Framework for Measuring Responsiveness. In: GPE Discussion Paper Series: No. 32. Geneva: WHO; 1999. p. 42.
16. Epstein S. *Impure Science: AIDS, activism, and the politics of knowledge*. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press; 1996.
17. Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi - Uma Ferramenta de Apoio ao Planejamento Prospectivo. *Cadernos de Pesquisas em Administração* 2000;01(12):54-65.
18. Uchoa AC, Gondim GMM, Barreto MA, Rocha NSPD, Rocha PM. Utilizando Técnicas de Consenso: potencialidades e limites na avaliação da informação em saúde. In: Hartz Z, Felizberto E, Silva LMD, editors. *Meta-avaliação da Atenção Básica em Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 253-282.
19. Luiza VL, Esher A, Santos EM, Avelar FG, Emmerick ICM, Oliveira MA. Avaliação Nacional da Dispensação de Medicamentos para as PVHA. In: *Relatório Final de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Núcleo de Assistência Farmacêutica; 2006.
20. Reis AMM, Perini E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. *Cien Saude Colet* 2008;13(supl. 0):603-610.
21. Vieira FS. Possibilidades de Contribuição do Farmacêutico para a Promoção da Saúde. *Cien Saude Colet* 2007;12(001):213-220.
22. Brasil, Congresso Nacional. Lei N. 5991, de 17 de dezembro de 1973. In: *Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências*. Brasília,DF: D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo; 1973.
23. Azeredo TB, Oliveira MA, Luiza VL, Esher Â, Campos MR. User satisfaction with pharmacy services in the Brazilian National STD/AIDS Program: validity and reliability issues. *Cad Saude Publica* 2009;25(7).

24. Watermeyer PCJ. "Tell me so I know you understand": pharmacists' verification of patients' comprehension of antiretroviral dosage instructions in a cross-cultural context. *Patient Educ Couns* 2009;75(2).

Artigo 3: Pessoas Vivendo com HIV/Aids: Aportes da Teoria do Ator-rede para Avaliar Satisfação com a Dispensação de seus Medicamentos.

Autores:

Ângela Esher*

Núcleo de Assistência Farmacêutica, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Rua Leopoldo Bulhões 1480/sl. 630, Manguinhos

CEP – 21041-210 Telefone – (21) 2598-2879 / 2598-2591 / 2209-3076 (Fax)

aesher@ensp.fiocruz.br

*Autor para correspondência

Elizabeth Moreira dos Santos

Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (Laser), Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

Resumo

Este artigo busca discutir os pressupostos de um modelo de avaliação para a satisfação dos usuários com a dispensação, problematizando o processo com operações de tradução. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa que utilizou dados oriundos de entrevistas semi-estruturadas com PVHA. Foram entrevistadas 12 PVHA em tratamento e com diferentes vínculos com a unidade dispensadora de medicamentos.

A abordagem em rede permite compreender o programa como uma forma de ação organizada que envolve e se transforma no espaço e no tempo e com isso contribui para construção de novos conhecimentos para enfrentar os desafios que a assistência às PVHA impõe a cada dia. Mapear a rede possibilitou conhecer melhor este sistema híbrido, onde não há separação entre sujeito e objeto, humanos e não-humanos, sociedade de natureza. A satisfação dos usuários é um processo provisório, aparece como efeito de um quadro que se estabilizou momentaneamente. Percorrer a rede permite compreender conexões que se estabelecem entre os elementos heterogêneos, seja por ambivalências, seja por oscilações. O primordial é que a construção de dimensões para orientar a satisfação deve considerar a humanização das práticas, com usuários e profissionais vistos em sua totalidade incorporando aspectos relacionados às necessidades individuais, autonomia, respeito e privacidade.

Palavras-chaves Satisfação dos Usuários, Teoria do Ator-rede, HIV/Aids, Avaliação

Introdução

A assistência farmacêutica fornecida às pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil é composta por um sistema organizado de ações que oferece diversas oportunidades à prática da avaliação. De acordo com Potvin and Bisset ¹, em uma avaliação é importante compreender como uma intervenção (ou programa) medeia transformações em um determinado espaço e tempo e, também como se dão as relações entre dispositivos técnicos, atores locais, condições e mudanças no contexto local. Esta compreensão faz parte das denominadas avaliações de “quinta geração”, onde o avaliador deve acompanhar as ações que estão se desenvolvendo como parte integrante do programa.

O Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids), atualmente denominado Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, cerca de 197.000 Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), que preenchem critérios estabelecidos ² recebem gratuitamente esquema terapêutico que combina alguns dos 19 antirretrovirais (ARV) distribuídos. Em todo o país, há mais de 670 unidades dispensadoras de medicamentos (UDM) cadastradas para executar este serviço.

A dispensação dos medicamentos para tratamento do HIV/Aids é uma intervenção com especificidades que explicitam como os espaços são marcados por formas complexas de interação entre os sujeitos. A construção de instrumentos para avaliar a satisfação dos usuários ganha novos elementos na medida em que compreende a complexidade destas interações. Satisfação do usuário (ou paciente) é um conceito que vem recebendo crescente atenção entre os estudiosos e profissionais e é usualmente abordada por meio de uma complexa mistura de concepções que envolvem necessidades percebidas, expectativas e experiências dos usuários com o cuidado recebido ³. Pode representar uma medida de resultado de programas ou serviços de saúde, possibilitar o conhecimento da relação do usuário com seu tratamento, avaliar consultas e padrões de comunicação (como sucesso da informação dada, envolvimento do paciente em decisões sobre seu cuidado e confiança estabelecida), além de caracterizar diferentes modalidades de organização da oferta do serviço ⁴.

De Programa à Rede: utilizando-se a tradução para problematizar o objeto e o processo avaliativo

Programas ou intervenções em saúde podem ser definidos como um conjunto de ações organizadas, composto por aspectos sociais e técnicos que operam em um contexto. A abordagem sistêmica de um programa permite que ele seja entendido como forma de ação organizada que envolve e se transforma no tempo e no espaço. A compreensão de programas de saúde como sistemas de ações que operam como redes-sócio técnicas, produzindo inovações, criando e reforçando as ligações entre novos dispositivos técnicos e atores locais⁵ tem criado uma aproximação entre o campo da avaliação e as concepções formuladas na sociologia da tradução (translação).

Redes sócio-técnicas são campos configurados em diferentes momentos históricos e espaços de produção do conhecimento e práticas que possibilitam a mobilização e interação de elementos heterogêneos⁶. A metáfora da Rede é um dos pontos fundamentais para compreensão da Teoria do Ator-rede (TAR). A rede, constituída por elementos em interação e transformação marcada por uma forte heterogeneidade, se caracteriza tanto pelo conjunto de relações entre pontos ou nós, quanto por conexões e agenciamentos internos. Não possuindo limites externos, sua abertura possibilita interações para todos os lados e direções⁷⁻¹⁰. Remete a fluxos, circulações, alianças que interferem e sofrem interferência dos atores⁹. Sua durabilidade não é dada somente em virtude da solidez de suas conexões mas também porque cada ponto da rede constitui uma rede duradora e simplificada⁶.

Acompanhar o modo como as redes são construídas e se transformam possibilita compreender melhor as distinções entre práticas científicas e não científicas muito presentes na produção do conhecimento sobre satisfação dos usuários. A utilização da TAR permite seguir as informações por meio das redes em que elas se transportam, descrevê-las em seus enredos, suas ações, examinarem as inscrições e toda a produção que se faz em rede, por meio da aliança entre humanos e não humanos.

Dentro do conceito importantes da TAR, a Tradução (Translação) é chave para a criação e reprodução de novas redes. Ela possibilita conhecer como o que foi mobilizado no real é transportado, de que maneira os deslocamentos entre os pontos ocorrem, o que está circulando, qual a natureza do que circula¹¹. Segundo Latour⁸, translação indica mediação, deslocamento, criação de uma conexão que não existia e que de alguma forma modifica os dois elementos originais. São os processos de tradução que viabilizam a construção das relações que configuram um ator-rede. Assim,

pode-se afirmar que a sociologia da tradução permite analisar transformações e a adaptação mútua dos atores, contextos e projetos no desenvolvimento de uma inovação, concebendo relações como redes sócio-técnicas que ligam atores participantes e recursos¹².

A tradução indica que artefatos e achados são e devem ser transformados pelos atores envolvidos no processo com um realinhamento, atribuição e definição dos atributos ou papéis dos atores. Como significam a apropriação local que cada ator faz do que circula na rede, não há como afirmar que uma tradução é certa, errada ou indiscutível. É utilizando as cadeias de translação e suas operações que atores modificam, deslocam e transladam seus vários e contraditórios interesses. São elas: Problematização, Persuasão/Atração dos Interessados, Enredamento/Recrutamento, Mobilização^{8, 13, 14}.

A **Problematização** expressa uma possibilidade de configuração ou reconfiguração da rede em uma temática controversa que requer a construção de alianças. A formação de uma aliança possibilita que atores que compartilham um mesmo objetivo atuem em função dele. O ator ou grupo de atores torna-se ponto de passagem obrigatório, pois sem ele ou eles não seria possível alcançar a finalidade proposta.

A **Persuasão/Atração dos Interessados** está relacionada ao conjunto de ações a qual uma entidade tenta impor e estabilizar a identidade de outras, definida na problematização. Os mecanismos constituintes desta operação podem enfraquecer ou romper todas as relações não desejadas entre os atores por aqueles que controlam os mecanismos, além de gerar outras relações desejadas. É neste momento que a problematização é validada ou contestada.

O **Enredamento/Recrutamento** refere-se aos mecanismos pelos quais são definidos papéis atribuídos a atores que os aceitam. Implica um conjunto de negociações que são estabelecidas entre o ponto obrigatório de passagem e cada um dos atores envolvidos. Neste momento, o objetivo proposto é consolidar alianças a fim de fortalecer a rede em busca de uma solução negociada.

A **Mobilização** é o conjunto de métodos ou negociações para garantir que as entidades passem a aceitar os porta-vozes e certos pontos de passagem como representativos. Ocorre quando os atores se rendem, gradualmente, às proposições apresentadas por aqueles que são os líderes momentâneos da rede.

Não há necessidade que as quatro operações ocorram numa tradução e nem há necessidade que sejam nesta ordem. A tradução é um processo, e não está implícito que vá ocorrer uma aceitação pelos demais atores ou que não seja verificada a existência de resistências externas. As alianças não são definitivas, podendo ser contestadas a qualquer momento. Cada ator, em função dos seus interesses possui limitações, podendo abandonar a rede ou contestá-la⁷.

Na sociologia da tradução, o conceito de ator ganha um significado diferente da proposta tradicionalmente utilizada pela sociologia clássica. Atores (actantes) são aqueles humanos ou não humanos que atuam de alguma forma produzindo efeitos na rede, que a modificam ou são por ela modificados. Um actante é definido pelos efeitos que ele produz na rede⁸.

A construção teórica de um modelo para avaliação da satisfação dos usuários com uma dada intervenção pode ser abordada por meio da teoria da tradução buscando identificar as diferentes redes e os vários interesses envolvidos. Assim, este artigo busca discutir os pressupostos de um modelo de avaliação para a satisfação dos usuários com a dispensação, problematizando o processo com operações de tradução. Busca-se com isso, contribuir para a compreensão dos processos avaliativos, especialmente, as chamadas avaliações de quinta geração.

Método

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa que utilizou dados oriundos de entrevistas semi-estruturadas com PVHA. Segundo Oliveira & Varela ¹⁵, a metodologia qualitativa se refere à investigação que produz dados a partir das próprias palavras das pessoas, faladas ou escritas, e da conduta observável. É indutiva porque permite estudos com desenho flexível e o início da pesquisa com interrogações pouco formuladas; é complexa já que pessoas, grupos e contextos não são reduzidos a variáveis e sim considerados como um todo; e é humanista, pois compreende cada pessoa dentro de seu próprio marco de referência e possibilita que o investigador se distancie de suas próprias crenças, perspectivas e predisposições, considerando as perspectivas, o contexto e o valor de cada pessoa.

A intenção de identificar conexões entre as diferentes redes envolvidas na dispensação motivou a busca por diferentes atores que recebem medicamentos para o tratamento do HIV/Aids na rede pública e marcou o início da seleção dos entrevistados. As PVHA fazem parte de uma clientela diferenciada da maioria dos programas que

fornece medicamentos na rede pública. Nem todos inscritos no Programa para receber medicamentos para HIV/Aids utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) para consultas, exames laboratoriais e internação. Há usuários que possuem planos de saúde ou assistência na rede privada e utilizam o SUS apenas para receber tratamento ARV. Além do tipo de vínculo, a experiência prévia em receber assistência pública de saúde e a relação pré-estabelecida com o serviço e seus funcionários fornecem elementos que permitem perceber a diversidade das expectativas e valoração do atendimento na dispensação.

Desta forma, dois critérios de inclusão foram utilizados para iniciar a seleção dos entrevistados: estar em tratamento ARV e comparecer, pelo menos eventualmente, à unidade pública de saúde para buscar medicamentos. A participação da primeira autora numa lista de ativistas do movimento de luta contra Aids possibilitou a seleção do primeiro entrevistado e a identificação de experiências interessantes ou diferenciadas no Brasil quando o assunto era dispensação de medicamentos. Outra medida tomada para selecionar participantes foi a busca por pessoas que não participam da militância ou até mesmo que rejeitam qualquer identificação com a infecção. Os limitantes de tempo e recurso para a execução da pesquisa de campo foram os principais motivos para a não expansão do número de entrevistas.

Assim, foram entrevistadas doze PVHA em tratamento e com diferentes vínculos com a unidade dispensadora de medicamentos. No percurso do estudo, dois ativistas soropositivos (um do Ceará e uma do Pará) fizeram questão de participar da pesquisa e só comunicaram o fato de não fazer uso dos medicamentos após o início da entrevista. Rotineiramente, ambos buscam medicamentos para amigos ou usuários das ONG das quais cada um faz parte e têm vasta experiência com a dispensação das unidades públicas. A forma como traduzem esta vivência fez com que suas falas fossem consideradas. Para identificar as pessoas entrevistadas foi utilizado um codinome e o estado em que se localiza a unidade dispensadora. Esses dados sistematizados com tempo de soropositividade, tempo de tratamento e tipo de uso que faz do serviço são apresentados no Quadro 1. Interessante ressaltar que alguns entrevistados manifestaram o desejo de receber um nome social que já utilizam na mídia para manter seu anonimato. O desejo foi prontamente atendido. Ainda, a fim de evitar a identificação dos entrevistados, o nome da unidade de saúde quando citado nas falas foi substituído pelo termo “unidade de saúde”.

Quadro 2 - Perfil dos Entrevistados

Nome Fictício do Entrevistado	Estado da unidade dispensadora	Vínculo da Unidade dispensadora	Tempo de soropositividade (anos)	Tempo de Tratamento com ARV (anos)	O que utiliza na Unidade
Ricardo	SP	Estadual	9	7	AM/EL/MED
André	SP	Estadual	18	18 (intervalo de 3 anos)	MED
Mai Silveira	Pará	Estadual	9	2	AM/EL/MED
Adriana	Pará	Estadual	5	Não usa medicamentos (Utilizou na gestação e puerpério)	AM/EL
Raissa	Pará	Municipal	15	13	AM/EL/MED
Carlos	Pará	Estadual	7	7	AM/EL/MED
Alexandra	Pará	Estadual	21	18	AM/EL/MED
Gustavo	Rio Grande do Sul	Estadual	21	13	AM/EL/MED
Leonardo	Ceará	Municipal	2	2	AM/EL/MED
Rogério	Ceará	Estadual	5	5	AM/EL/MED
Ruy	Ceará	Municipal	8	Não usa medicamentos	AM/EL
Verônica	Santa Catarina	Municipal	7	6	MED
Clara	Rio de Janeiro	Federal	15	13	AM/EL/MED
Pedro	Rio de Janeiro	Estadual	19	16	AM/MED

Abreviaturas: AM – Atendimento Médico

EL – Exames Laboratoriais

MED - Medicamentos

Para abordar a satisfação com a dispensação, o roteiro de entrevistas problematizou as seguintes dimensões: **Conveniência** abordou aspectos relacionados à distância/facilidade de acesso geográfico, organização do serviço, tempo despendido pelo usuário e possibilidade de escolha de unidades de saúde; **Presença do medicamento** abordou à disponibilidade do medicamento na farmácia na quantidade prescrita para o usuário; **Qualidade técnica da dispensação** buscou a percepção sobre o desempenho dos provedores no processo de trabalho da dispensação; **Qualidade técnica do medicamento** abordou questões relacionadas às características das embalagens e à apresentação dos medicamentos, à produção de reações adversas e a possível resolução de sintomas; **Ambiência** abordou questões relacionadas às características do local onde o cuidado é fornecido (limpeza, sinalização, ventilação suficiente, água potável); **Aspectos interpessoais** tratou da atitude dos dispensadores em relação aos usuários no momento do fornecimento dos medicamentos (respeito à autonomia, dignidade e confidencialidade). Apesar de já ter um conteúdo pré-definido no roteiro, a entrevista foi conduzida de forma a permitir a livre expressão dos entrevistados. Histórias contadas, hábitos culturais e experiências vividas possibilitaram o detalhamento da dispensação e de aspectos essenciais do processo avaliativo.

As entrevistas foram analisadas localizando as operações de tradução segundo cada dimensão da satisfação. As operações de tradução localizadas na fala dos participantes identificaram diferentes interesses envolvidos e que possivelmente contribuirão no processo avaliativo da satisfação com a dispensação. A apresentação do que foi apreendido foi norteada pelas dimensões.

A investigação atendeu aos critérios éticos preconizados pela Resolução MS/CNS 196/96¹⁶ e às recomendações feitas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

PVHA e suas Traduções: reconfigurações das redes envolvidas na dispensação

As entrevistas realizadas buscaram discutir como opera a rede sócio-técnica, onde a dispensação de medicamentos para PVHA se inscreve. As operações de tradução, problematização, enredamento, persuasão e mobilização mediaram às narrativas e permitiram a criação de conexões que até então não estavam explícitas.

As traduções discutidas em cada dimensão vão possibilitar a compreensão das temáticas controversas que requerem a construção de alianças. Algumas já foram feitas e possibilitaram pensar a extensão da própria dimensão.

Na **Conveniência**, a controvérsia surge na ausência de regras comuns na organização dos serviços de dispensação e na impossibilidade de escolha da unidade dispensadora que fornecerá o tratamento. Estabelecida há anos ou em momentos de pouca autonomia do usuário, como por exemplo, após internações, na convalescença de infecções oportunistas, este é um aspecto que gera questões sobre a organização estrutural do serviço.

“Eu vou de ônibus. Eu moro bem distante assim, até mesmo porque eu moro em Ananindeua e o meu tratamento eu faço em Belém. É bem longe. É uma hora e meia de distância da minha casa até onde eu faço o tratamento. No caso a gente tá falando de medicação, mas no momento da minha internação, eu passei dois meses internada, não me chegaram comigo e perguntaram: você mora aqui? Então tem um local mais próximo da sua casa. A gente vai te matricular lá. Não. Já me levaram direto assim pra lá. Matricularam e tudo aí eu fiquei justamente nessa Unidade ... Compreendo que pode ser por uma questão de referencia Estadual. Entendo. Mas, não poderiam entender a questão do tratamento? No momento eu fazia tratamento de TB ganglionar, derrame na pleura, várias questões. Não tinha nem como está se locomovendo direito. Então eu acho que mais próximo, naquele momento, então seria até o Ideal (...)” (Mai Silveira, PA).

Em determinadas regiões há o “agendamento”, procedimento presente em algumas unidades que restringe a dispensação dos medicamentos aos dias fixados pelo serviço. Este procedimento dificulta a utilização do serviço.

“Algumas vezes, é que por eu ter dificuldade de ir em um determinado dia pra buscar, eu vou dois dias antes. Aí ela fica naquela: “Não, não pode, olha eu vou liberar hoje mas olha, não pode, a partir do mês que vem você vem buscar sua medicação no dia certo”. Aí eu explico, “Não, mas é porque eu não teria como vir daqui a dois dias, porque eu fico em casa ... eu não tenho como vir”. “Não, mas aí você pode mandar outra pessoa buscar”. Então assim, eu procuro ir no dia certo, mas às vezes eu vou 2 dias, 3 dias antes” (Verônica, SC).

Para seguir uma organização interna, solicita-se ao usuário que envie alguém para buscar o tratamento, perdendo-se assim mais uma oportunidade de contato e de orientação. Além disso, revela outra trama da rede, pois dependendo da data marcada, a questão financeira pode impedir a ida à unidade dispensadora. Ao conhecer conhecer alternativas criadas pelo serviço de saúde para contemplar as pessoas doentes, impossibilitadas de chegar à unidade, revela-se uma outra operação da tradução, a mobilização.

“Eu tive dificuldade financeira de me ausentar pra Unidade pra pegar minha medicação e eu passei quase um dia ligando pra Unidade. Porque eles têm um acompanhamento de... Que vai levar na casa dos... Quando a pessoa está muito doente. Não era o meu caso, porque eu não estava doente, mas eu tentei falar com a assistente social, por telefone e explique: olha, estou impossibilitada de ir... Financeira, de ir pegar minha medicação e essa medicação vai acabar hoje. Então não tem como eu ir pegar a medicação. Haveria possibilidade de mandar trazer essa medicação aqui? Porque tem um, tem um carro pra esses serviços não é? [assistente social] “Aqui nós temos”. “Só que às vezes está fazendo outras coisas que não é o que é o certo e aí deixa de ajudar a gente que precisa. Mas nesse dia eu fiquei dois dias sem a medicação” (Alexandra, PA).

As ações políticas e/ou educativas trazem reconhecimento e revelam um caminho onde pode haver um maior trânsito. Ativistas do movimento social de luta contra Aids problematizam e mobilizam aliados, ganhando representatividade, conquistando um maior poder de voz e de negociação.

A operação de mobilização possibilita a emergência de *“porta-vozes”* na rede. A ação dos porta-vozes consiste em falar em nome de outros atores, humanos ou não-humanos. Eles traduzem discursos e ações dos grupos que de certa forma representam⁷. Não há como destacar um único ator responsável pela fabricação dos fatos. No entanto, Gustavo, e Leonardo ativistas e soropositivos há 21 e 2 anos, respectivamente, vivendo

em pontos extremos do país descrevem práticas de enredamento por desempenharem este papel de porta-vozes.

“É que, eu sou um cara diferenciado para fazer uma pesquisa, porque as pessoas que estão dentro do movimento elas são praticamente protegidas para ter acesso. Então isso é um viés na pesquisa de vocês, certamente. Mas eu sempre tive acesso muito rápido a isso, por conta da articulação que faziam quanto ao movimento” (Gustavo, RS).

“Já sou conhecido porque eu faço um trabalho com o pessoal também do posto municipal, de adesão. E nossos portadores estão chegando, através do ONG (...) Aí já tenho um conhecimento com o pessoal da Farmácia (...) As enfermeiras, os médicos, a psicologista (sic), todo mundo. Já chego e já falo com eles e já pego[os medicamentos]. E não pego fila. Mas geralmente tem uma fila” (Leonardo, CE).

Atividades que deveriam ser realizadas por profissionais da farmácia são realizadas informalmente por ativistas. A oficialização de algumas ações poderia trazer estabilização a rede.

O formulário onde deve ser prescrito o tratamento, necessário para a dispensação, faz parte de outra controvérsia que se instala na conveniência da intervenção. Algumas unidades dispensadoras exigem que a prescrição adquirida nas consultas com médicos do sistema privado sejam transcritas. A transcrição, no entanto, é realizada por médicos ou enfermeiros da unidade, de forma rápida e improvisada e sem qualquer julgamento. Outra prática também pode ser identificada, usuários que já chegam com formulários prontos, pois tem como médicos, profissionais que circulam por ambas as redes, privada e pública.

“Essa última agora de hoje foi de três meses. Foi, ela me deu pra 3 meses ... Então, eu venho pegando periodicamente. Aí eu hoje, como eu estou aqui pra consulta eu já vou pegar nova receita, e a minha consulta quando retorno é sempre, mais ou menos, leva uns dois meses pra eu retornar (...) Aí quando eu chego na farmácia, como hoje, eu vou pegar. Aí eles carimbam. Aí, daqui a um mês, eu volto. Se eu não tiver consulta daqui a um mês aí eu volto e pego a medicação de novo, com a mesma receita” (Clara, RJ).

“É, como eu vou, eu faço exame de 3 em 3 meses, ou às vezes 4 em 4, ele me dá 3 formulários (...) É, porque aí ele não coloca a data. Na verdade, ele teria que me dar um por mês, mas ele disse que conforme o paciente ele faz isso porque sabe que não vai

ter problema. Então, ele me dá os três formulários, eu levo um, entrego direto na farmácia”(Verônica, SC).

Como mencionado anteriormente, na dispensação do tratamento para o HIV/Aids, encontra-se usuários com diferentes tipos de vínculos com a unidade de saúde. Neste diferentes vínculos surgem conexões que não consideram a necessidade do usuário e sim conexões entre as duas redes de sistema de saúde (público e privado). Embora tenham regras diferentes, estas redes possuem afinidades. Verônica fala de uma relação de estabilidade com seu médico que permite a dispensa da consulta mensal e a “confiança” em fornecer formulários sem data para três meses. A utilização da TAR permite verificar como a multiplicidade de materiais heterogêneos conectados a rede, podem revelar conflitos surgidos nesta relação dos usuários do serviço privado que recebem medicamentos em unidades públicas.

Na dimensão **Presença do Medicamento**, este actante (não-humano), aparece como um elemento que circula em várias direções na rede. Cada comprimido, cada blister, cada frasco produz um efeito nos sujeitos e nas várias tramas que a rede pode ter. Sua ausência gera sofrimento, transformação e novos movimentos. Dentre os que já viveram momentos de irregularidade na distribuição dos antiretrovirais, a ausência deste elemento gera desespero.

“Foi um soco no estômago. Foi terrível! Terrível. É terrível. Eu saí desesperado atrás de outras pessoas que tinham. Procurando as pessoas que usavam... Faziam uso da mesma medicação que eu...” (André, SP).

Esta fala de André revela novamente a problematização para a construção de negociações multilaterais. As traduções são individuais porque contém em si apropriação mas também são coletivas na medida em que circulam arregimentando aliados dentro da própria rede de PVHA. Busca-se pares para aplacar o desespero que a possibilidade de interrupção do tratamento causa. A mobilização é feita por meio da solidariedade na própria rede.

A dimensão **Qualidade Técnica da Dispensação** evidencia a valorização da interação entre elementos heterogêneos importantes para satisfação dos usuários. Se tradicionalmente, espera-se estabelecer mecanismos para julgar procedimentos que comprovem habilidade técnica dos profissionais para fornecer informações sobre armazenamento dos medicamentos, assim como necessidade manutenção em geladeira, e habilidade para esclarecer possíveis interações medicamentosas e/ou alimentares; esta

dimensão traduzida pelos usuários demonstra o julgamento de questões relacionadas ao acolhimento e afetividade.

Lyra Jr et al ¹⁷ apontam habilidades na comunicação e intervenções no cuidado farmacêutico como instrumentos relevantes para a construção de uma relação terapêutica baseada na confiança e co-responsabilidade, assim influenciando o cuidado efetivo dado aos pacientes e o alcance de resultados positivos em saúde. Quando estimulados sobre o conhecimento técnico que os profissionais do serviço farmacêutico poderiam oferecer, a farmácia e seus funcionários não são vistos como referência para acompanhamento do tratamento, não estão envolvidos como possíveis participantes ativos nesta questão.

Em cada atendimento torna-se necessário estabelecer comunicação com o usuário objetivando a orientação e a educação quanto ao uso e cuidados corretos do medicamento e ainda, quanto aos procedimentos de otimização da terapêutica e a promoção da adesão, aumentando a eficiência do tratamento. Para o cumprimento desta prática, encontram-se dificuldades tendo em vista o enfraquecimento da função assistencial do farmacêutico e o caráter comercial que a prática farmacêutica adquiriu ao longo do tempo¹⁸. Nas entrevistas, poucas vezes os usuários souberam identificar quem era o profissional responsável no âmbito da farmácia.

“Nem sei lhe dizer. Existe uma que eu acredito que ela seja, que é a que realmente faz a liberação, que tem alguma coisa errada, que olha as prescrições para ver se está tudo certo, mas o restante tem uns que eram balconistas lá da frente e agora são da farmácia. Realmente, são poucos os usuários que sabem quem realmente é o farmacêutico” (Alexandra, PA).

Enredando e persuadindo, Adriana e diversos usuários utilizam sua experiência do cotidiano para traduzir suas expectativas em relação aos profissionais. Assim atribui-se aos profissionais da farmácia, o mesmo papel desempenhado por balconistas da rede privada, ou seja, apenas entregar o medicamento.

“Acho que o dever deles é somente de pegar o papel, verificar a medicação e entregar. Não de ficar investigando. Ainda mais em público, apesar que lá só freqüentar portador, mas que nem todas as vezes são portadores que estão lá dentro. Porque eu sou portadora, mas eu estou com uma colega minha, ela não sabe o que eu fui fazer” (Adriana, PA).

Há um conflito na expectativa desta usuária, que reconhece como legítimo apenas o papel do médico e como a maioria, nada sabe sobre as habilidades e funções

do farmacêutico. Perdem-se com isso oportunidades para um trabalho ativo desses profissionais.

“Elas querem estar questionando. Eu acho que não é a parte delas estar fazendo a dispensa da medicação estar questionando, por que eu mudei de, de esquema. Acho que não, não é bem por aí. Foi o médico que trocou, ele que sabe. Acho que ele é, é ruim. Falta assim alguma coisa assim mais na hora dessa entrega” (Mai Silveira, PA).

A operação denominada enredamento possibilita uma compreensão mais ampla da avaliação que mistura **ambiência** com **qualidade técnica da dispensação**. Na rede em que a dispensação dos ARV opera, usuários mostram dificuldade para avaliar o que é de fato técnico. Além disso, os serviços ainda que tenham um profissional capacitado para orientar, educar e instruir o paciente sobre todos os aspectos relacionados ao medicamento, contam na maioria das vezes com a presença de profissionais sem formação técnica na área de farmácia. Em geral, o funcionamento deste setor é muitas vezes garantido pela presença de profissionais sem conhecimento suficiente sobre medicamentos tais como recepcionistas, auxiliares administrativos, de cozinha, entre outros desviados de função¹⁹

A falta de reconhecimento da importância dos serviços de farmácia pode ser traduzida pelas condições físicas em que se encontram a maior parte das unidades dispensadoras. Brehmer & Verdi²⁰ afirmam que problemas estruturais na ambiência das unidades dispensadoras originam dificuldades no exercício do direito a privacidade e ao sigilo. Situações éticas conflituosas que surgem da estrutura inadequada das farmácias minam qualquer tentativa de se estabelecer um vínculo de confiança entre trabalhadores e usuários.

“Agora, o farmacêutico pode me dar uma ... Se ele estiver habilitado para aquilo, falar algumas coisas que sabe. Mas tem que criar meios para isso. Eu não vejo espaço, nem físico para isso lá. Muito menos os profissionais que estão lá” (André, SP).

A dimensão **Qualidade Técnica do Medicamento** revela um conteúdo que até então não havia sido abordado, doação e sobras de medicamentos. A utilidade deste material é ponto de controvérsia importante. O uso destes produtos deixados por outras PVHA na própria unidade dispensadora ou em ONGs tem por finalidade sanar esquecimentos, complementar doses em caso de atraso na entrega governamental e até mesmo iniciar novos tratamentos já prescritos e ainda não disponíveis na unidade dispensadora.

“Gera economia para o sistema, mas ele te dá uma sensação ruim. Eu não gosto de receber um medicamento violado. Às vezes, tem medicamento que o usuário parou de usar, terminou o frasco pela metade... Tu recebe (sic) medicamentos de pessoas que faleceram ou deixaram de usar, entendeu? Acho que não há mal nenhum, mas... a gente desconfia, sabe? (...) Da qualidade, por onde andou aquele medicamento, para onde foi, quem manuseou, como manuseou, que tipo de equipamento ela usou para manusear ... ? Mas, tu recebe um tratamento que foi para a casa de um, rodou, rodou, não sei se pegou sol, se pegou chuva, se ficou exposto, não sei. Ele volta para o sistema novamente. Acho que tem que voltar, por causa da pobreza e do custo, mas eu não gosto” (Gustavo, RS).

Este tipo de estratégia, proibida do ponto de vista legal é problematizada de forma diversa pelos usuários. Pode ser objeto de crítica como também paliativo para evitar a interrupção do tratamento ou para compensar o gasto público.

Os frascos de medicamento problematizam o desconforto dos usuários que recebem seus medicamentos, em sacos plásticos com cores (não-transparentes), fornecidos por eles próprios ou pela farmácia²¹.

“Quando tem, sim, se a gente pedir, na maioria a gente leva... todo mundo leva uma bolsinha, uma sacola. Agora já aconteceu da pessoa não ter bolsa ter que ir lá e não ter para onde levar, até adiar, não pegar medicação porque não tem sacola nem bolso pra colocar e ir no outro dia” (Carlos, PA).

Dentro deste espaço sem privacidade, dois actantes – sacola plástica e lata de lixo - podem desestabilizar a rede técnica, retraduzindo a configuração da rede do usuário. Estes dois actantes (não humanos) contribuem para esconder a doença e evidenciam a existência do estigma.

“Como o rótulo dos retrovirais, ele diz que você pode ter de tudo, de tudo o que você imaginar, eu parei de ler, porque é assustador, é assustador. Então, eu parei de ler. E a outra coisa é que as caixas todas dos medicamentos hoje, não é o meu caso, mas vejo muita gente reclamar, essa história de vírus ... “esse medicamento é usado para tratamento de HIV e Aids”. Isso quando é dispensado na lixeira, no lixo, isso dá problema! Porque, o que acontece nos condomínios? O lixo, ele é todo separado dentro dos condomínios para ir para os lixos seletivos... e isso dá problema. Tem pessoas que eu conheço que queimam as caixas, tá uma loucura isso ! Queimam! Rasgam, picam todo para o lixo do condomínio” (Gustavo, RS).

“Sempre entregam assim, colocam em cima do balcãozinho os remédios, que vão imediatamente para dentro da minha bolsa que já está aberta. Jogo caixa fora, tiro etiqueta dos vidros, a minha paranóia é muito grande, muito grande. (...) ali eu jogo dentro da bolsa sem olhar para o lado. Lá em casa é que eu jogo fora, eu rasgo tudo, eu tiro etiqueta, eu pico etiqueta...” (Verônica, SC).

Rótulos e Frascos de medicamentos, sacolas plásticas e outros não humanos contribuem para a constituição da ação coletiva. Verônica aponta sua luta contra a identificação sorológica na rede biomédica e materializada na rede de serviços de saúde. Não se pode compreender a ação humana e a constituição de coletivos se não se levar em consideração esta materialidade, assim como as tecnologias e os não-humanos. Esta complexa interação causa oscilações na estabilidade da rede.

A dimensão **Ambiência** possibilita compreender como se localizam os medicamentos e a dispensação na estrutura. Ocupam espaços pequenos, de difícil acesso e com estrutura insuficiente para cumprir padrões de boas práticas de estocagem. A falta de privacidade é uma barreira para a prática da orientação já evidenciada na “Avaliação Nacional da Dispensação de Medicamentos para as PVHA”. O estudo apontou que farmácias que ofereciam maior privacidade estavam associadas a uma porcentagem maior de usuários que se dizia orientado²². As opiniões dos usuários entrevistados naquela avaliação sobre o ambiente da farmácia, a privacidade no atendimento e a explicação recebida sobre o uso dos medicamentos também se mostraram significativamente correlacionadas²³.

“Mas no geral eles não dão nenhuma orientação não. E eu acho que se... Ali não é um espaço para isso. Quer dizer, não tem esse espaço e eu não sei se os atendentes lá do balcão, com exceção da farmacêutica teriam essa qualificação entendeu? Para orientar, não é? Tem muito cartaz falando sobre a necessidade de você tomar os medicamentos no horário certo, seguir corretamente a prescrição do médico, mas orientação individual para cada caso, eu acho que não, não caberia ali porque não é o espaço entendeu? Não é uma sala que você entre e sente enquanto aguarda. Não tem. Não tem essa condição e isso criaria problema para quem está atrás, porque você só tem um guichê de atendimento. (...) O atendimento com o vidro fica bastante impessoal” (Pedro, RJ).

O caminho percorrido na problematização dos conflitos, dos diferentes interesses, das controvérsias presentes na dimensão **Aspectos Interpessoais** aproximou-

a da dimensão **Ambiência**. O tema respeito surgiu aproximando privacidade, na estrutura e nos atos profissionais, confidencialidade e tratamento com dignidade.

Foi possível encontrar pessoas que esperam do serviço apenas a privacidade e rapidez ou de modo inverso, pessoas que buscam alimento, acolhimento e afetividade para considerar-se satisfeitas.

“(...) atualmente, nesse lugar onde eu sou atendida, a visão que eu tenho, assim, que o conforto não é o lugar lá que vai me dar, eu é que tenho que procurar. Porque eu é que me incomodo muito ainda até hoje. Então eu, às vezes, eu fico olhando as pessoas, fico olhando é, fico tentando falar pra mim... “por que você está tão incomodada? Porque você está tão tensa”? Sou eu só, então realmente eu não sei te dizer ... (gostaria que fosse) rápido e só eu ali, mais ninguém ali do meu lado que pudesse ver o remédio que eu estou pegando, ver o que está acontecendo.” (Verônica, SC).

“Às vezes a medicação já não resolve, porque a gente chega cansado. Lá não fornecem nada pra quem está... Só pra pegar a medicação. Eles não fornecem um café, eles não fornecem um chazinho, nem uma sopinha, nem nada”. (Alexandra, PA).

A identidade sexual e/ou de gênero, a orientação e o respeito às diferenças surgem como temáticas problematizadas que ampliam a rede. Do serviço, as PVHA esperam ser tratadas pelo nome, real ou social, principalmente no caso das travestis. No entanto, é possível perceber claramente a persuasão caracterizando a relação. Profissionais de saúde tentam estabilizar a identidade de outros atores com a identificação dos usuários por meio de um número, de ficha ou prontuário. O relato de Pedro, que utiliza um hospital de grande porte com diferentes especialidades de atendimento e a participação de uma travesti dentre os entrevistados permitiram constatar a existência do desconforto trazido pelo estigma que acompanha a doença e seus portadores.

“Outros pacientes que convivem menos com essa normalidade do trânsito de travestis dentro do ambulatório, estranha um pouco. Então na Farmácia, na fila da Farmácia chamam a atenção, porque eles falam muito, tem uns que são agitados e tal, e tem dois pacientes que são, são travestis e tem, já tiveram complicações neurológicas por causa do vírus e tal. Então assim, são nitidamente desequilibrados. Então são agitados e falam e é uma coisa que chama a atenção por si só o comportamento deles, não o fato de estar travestido ou não. E aí na fila da Farmácia, onde tem pacientes de todo o Hospital, de todos os ambulatórios, que não estão acostumados, não é? A ver as

peças assim no Hospital não é? Chama a atenção. E aí eu percebo. Às vezes não falam, mas aí se afastam, porque imaginam. E aí comentam, não é? Assim, à distancia do objeto do comentário e não sabem com quem estão comentando, comentam que “isso deve ser lá daquele negócio da aids” e tal entendeu?” (Pedro, RJ).

Indivíduos conhecidos por representações desqualificantes, com comportamentos que se distanciam do esperado são vistos frequentemente como “perturbadores” ou agitados e enfrentam problemas para receber assistência. A designação de pessoas confusas, agressivas, deprimidas ou com dificuldade em assimilar e compreender informações sobre tratamento como “pacientes difíceis” vem reforçar estereótipos e distanciar ainda mais profissionais de usuários. É provável que formas alternativas de acolhimento e orientação precisem se constituir para que seja alcançada uma maior satisfação com o serviço e sucesso no seu tratamento²⁴.

“Porque o Hospital Público atende uma clientela diversificada e uma clientela muito humilde na sua maioria das vezes. Então assim, senhoras, por exemplo, que foram contaminadas pelo marido, que não, assim não tem noção exata do quê que exatamente aquilo significa para a vida delas, já chegam ali num processo de fragmentação psicológica” (Pedro, RJ).

A cada dia, novos portadores de HIV iniciam a difícil experiência de fazer parte destas redes onde há um tratamento que exigirá continuidade e rígidos esquemas, necessitando assim de estímulos para procurar ajuda e principalmente ver o serviço de farmácia como espaço confiável onde podem dispor de informações. Como uma rede²⁵, o fluxo e a transformação são permanentes.

Considerações Finais

Este artigo buscou descrever a dispensação como uma das etapas do processo avaliativo. A utilização da TAR possibilitou descrever e compreender a trama que se estabelece entre os elementos heterogêneos (actantes) envolvidos nesta intervenção. Participaram do estudo pessoas com diferentes identidades sexuais, gêneros, vínculos com o serviço de saúde, tempo de sorologia e uso de esquema terapêutico que possibilitaram desvendar e discutir a participação de determinados actantes presentes nesta ampla rede da dispensação por meio da diversidade das experiências vividas. Com a tradução dos atores, novas interpretações aos elementos originais estruturantes da satisfação foram dadas.

A abordagem em rede permite compreender o programa como uma forma de ação organizada que envolve e se transforma no espaço e no tempo e com isso contribui para construção de novos conhecimentos para enfrentar os desafios que a assistência às PVHA impõe a cada dia. Mapear a rede possibilitou conhecer melhor este sistema híbrido, onde não há separação entre sujeito e objeto, humanos e não-humanos, sociedade de natureza.

Os membros de uma rede sócio-técnica podem assumir múltiplas identidades de acordo com a posição que ocupam e com seus interesses, nos diferentes contextos. É importante ressaltar que um usuário não é uma entidade isolada, ele é um ente relacionado a uma rede heterogênea composta por outros actantes, que o definem em relação ao contexto em que está inserido e às relações que estabelece em dado momento. Na desafiante tarefa de tradução, é constante o embate entre o que é designado pela rede do sistema de saúde e o que o usuário reconhece como fazendo parte de sua própria rede. A controvérsia trazida na tradução dos usuários mostra que pequenas ações se formalizadas poderiam estabilizar a rede.

A satisfação dos usuários aparece então como um processo provisório, como efeito de um quadro que se estabilizou momentaneamente. Percorrer a rede permite compreender conexões que se estabelecem entre os elementos heterogêneos, seja por ambivalências, seja por oscilações. O primordial é que a construção de dimensões para orientar a satisfação considere a humanização das práticas e que usuários e profissionais sejam vistos em sua totalidade incorporando aspectos relacionados às necessidades individuais, autonomia, respeito e privacidade.

Referências bibliográficas

1. Potvin L, Bisset S. There is More to Methodology than Method. In: Potvin L, McQueen D, editors. Health Promotion Evaluation Practices in the Americas - Values and Research. New York: Springer; 2008.
2. MS-Brasil, (Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais) Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids : recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica. In: Departamento de DST AeHV, editor. Brasília; 2010.
3. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning* 1983;6:185-210.

4. Fitzpatrick R. Surveys Of Patient Satisfaction: II - Designing a Questionnaire and Conducting a Survey. *British Journal of General Practice* 1991;302:1129-32.
5. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A. Três Posturas Ontológicas Concernentes à Natureza dos Programas de Saúde: Implicações para a Avaliação. In: Mercado FJ, editor. *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde - Enfoques Emergentes: Vozes*; 2006. p. 65-86.
6. Callon M. El proceso de construcción de la sociedad: el estudio de la tecnología como herramienta para el análisis sociológico. In: Domenech M, Tirado FJ, editors. *Sociologia simétrica*. . Barcelona: Gedisa; 1998.
7. Latour B. *Ciência em Ação: Como Seguir Cientistas e Engenheiros Mundo Afora*. São Paulo: EDUSP; 2000.
8. Latour B. *A esperança de Pandora*. Bauru, SP: EDUSC; 2001.
9. Moraes M. A Ciência como Rede de Atores: Ressonâncias Filosóficas. *História, Ciências, Saúde* 2004;11(2):321-333.
10. Bonamigo IS. Tecendo Relatos, Versões e Cenas: Etnografia de Um Evento Violento. *Psicologia & Sociedade* 2008;20(3):350-359.
11. Callon M. Entrevista com Michel Callon: dos estudos de laboratório aos estudos de coletivos heterogêneos, passando pelos gerenciamentos econômicos. In: *Sociologias*. Porto Alegre; 2008.
12. Callon M. Rede de Concepção e Adoção Tecnológica: Lições para o Praticante da ACT. In: Rip A, Misa TJ, Schot J, editors. *Managing Technology in Society*: Pinter; 1995. p. 307-330.
13. Oliveira MA, Santos Emd, Mello JMC. AIDS, ativismo e regulação de ensaios clínicos no Brasil: o Protocolo 028. *Cad. Saúde Pública* 2001;17(4):863-875.
14. Christopoulos TP, Diniz EH. Sustentação das comunidades virtuais de aprendizagem e de prática. *Organizações em contexto* 2008;4(8):74-99.
15. Oliveira DRd, Varela ND. La Investigación Cualitativa en Farmacia. Aplicación en La Atención Farmacéutica. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas* 2008;44(4):763-772.
16. MS/CNS, (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196 de 10 de 10 de outubro 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html.

- In. Brasília, DF: D.O.U. Diário Oficial da União, Poder executivo, 16 out 1996; 1996. p. 21082.
17. Junior DPdL, Rocha CE, Abriata JP, Gimenes FRE, Gonzalez MM, Pelá IR. Influence of Pharmaceutical Care Intervention and Communication Skills on the Improvement of Pharmacotherapeutic Outcomes with Elderly Brazilian Outpatients. *Patient Education and Counseling* 2007;68:186-192.
 18. Angonesi D. Dispensação Farmacêutica: Uma Análise de Diferentes Conceitos e Modelos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008;13:629-640.
 19. Vieira FS. Possibilidades de Contribuição do Farmacêutico para a Promoção da Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007;12(001):213-220.
 20. Brehmer LCF, Verdi MIM. Acolhimento na Atenção Básica: Reflexões Éticas Sobre a Atenção à Saúde dos Usuários. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007;0848.
 21. Oliveira MA, Esher ÂFSC, Santos EM, Cosendey MAE, Luiza VL, Bermudez JAZ. Avaliação da Assistência Farmacêutica às Pessoas Vivendo com HIV/Aids no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2002;18(5):1429-39.
 22. Luiza VL, Esher A, Santos EM, Avelar FG, Emmerick ICM, Oliveira MA. Avaliação Nacional da Dispensação de Medicamentos para as PVHA. In: Relatório Final de Pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Núcleo de Assistência Farmacêutica; 2006.
 23. Azeredo TB, Oliveira MA, Luiza VL, Esher Â, Campos MR. User satisfaction with pharmacy services in the Brazilian National STD/AIDS Program: validity and reliability issues. *Cadernos de Saúde Pública* 2009;25(7).
 24. Yokaichiya CM, Figueiredo WS, Schraiber LB. Usuários de Drogas Injetáveis e Terapia Anti-retroviral: Percepções das Equipes de Farmácia. *Revista de Saúde Pública* 2007;41(2):14-21.
 25. Naves JOS, Merchan-Hamann E, Silver LD. Orientação Farmacêutica para DST: Uma Proposta de Sistematização. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005;10(4):1005-1014.

Considerações Finais

A proposta de construir um modelo teórico de avaliação de satisfação dos usuários com a dispensação dos medicamentos para o tratamento do HIV/Aids no Brasil teve como foco principal contribuir para o desenvolvimento de ferramentas na prática avaliativa participativa. Esta proposta buscou a construção conjunta de conhecimentos que poderão subsidiar um processo avaliativo. Desta forma, pesquisadores, gestores, dispensadores, PVHA e ativistas puderam refletir sobre aspectos teóricos e práticos que influenciam avaliação da satisfação dos usuários com a dispensação dos medicamentos para o tratamento do HIV/Aids.

No primeiro artigo, com a discussão do conceito de satisfação dos usuários e suas dimensões estruturantes, a caracterização dos componentes técnicos da dispensação de medicamentos e das dimensões pelos quais esses componentes podem ser avaliados do ponto de vista dos usuários, discutiu-se a importância do desenvolvimento de modelos teóricos no planejamento da avaliação.

No segundo artigo, os critérios de julgamento para avaliar satisfação dos usuários com a dispensação foram retomados e seguindo os princípios da abordagem participativa nas avaliações, buscou-se a construção coletiva de valores comuns com a participação de profissionais com diferentes inserções. Propôs-se a utilização da técnica de Delfos para estabelecer consenso na construção de critérios, entre profissionais atuantes na área de medicamentos e assistência farmacêutica, assim como ativistas do movimento social de luta contra Aids com algum tipo de inserção acadêmicas.

O terceiro artigo buscou compreender o processo de trabalho da dispensação, considerando a TAR e as operações de tradução que dão sentido aos significados dos discursos das PVHA usuárias da rede pública de saúde. A tradução permitiu compreender a interpretação que os construtores de fatos dão aos seus interesses e ainda, como um ator define significados, e persuade outros a partilhar de sua interpretação.

O caminho percorrido demonstrou que as dimensões podem ser ampliadas, rediscutidas e que ganham contornos diferentes quando recebem contribuições dos diferentes interessados. A dimensão **conveniência**, por exemplo, deve incorporar questões que avaliem o atendimento às necessidades individuais das pessoas vivendo com HIV/Aids. Esta sugestão evidencia a experiência dos especialistas e usuários com a

diversidade presente nos serviços de saúde e na gama de atividades diárias que fazem parte da assistência.

A dimensão **presença do medicamento** inicialmente orientada pela existência do medicamento na quantidade necessária foi expandida e incluiu a logística. Para os especialistas, a logística possibilita o abastecimento do medicamento na quantidade necessária. A dificuldade no provimento dos medicamentos para doenças oportunistas e para doenças sexualmente transmissíveis é provavelmente a origem desta sugestão. Do ponto de vista da maioria dos usuários entrevistados considera-se a questão como importante, passível de avaliação, no entanto, fica claro o desconhecimento ou a imprecisão no que diz respeito às responsabilidades das instâncias governamentais responsáveis pelo provimento dos medicamentos. Para que a presença do medicamento seja um item satisfatório é preciso compreender como ele chega à unidade dispensadora e quando não chega, a quem deverá ser dirigida a reivindicação.

A **qualidade técnica da dispensação** foi responsável por fazer emergir critérios relacionados aos procedimentos técnicos farmacêuticos e ao estabelecimento de confiança entre profissionais e usuários. Os especialistas sugeriram treinamento, conferência, preenchimento correto de formulários e confiança. A fala dos usuários explicitou a invisibilidade ou a falta de reconhecimento da importância dos profissionais da farmácia. A falta de vivência e comprometimento dos profissionais é apontada como principal hiato que dificulta o estabelecimento de confiança mútua.

Todas as subdimensões construídas a partir do consenso dos especialistas para **qualidade técnica do medicamento** passam por informações contidas em bulas, frascos ou caixas dos produtos. Os usuários falam do tamanho pequeno das letras das bulas ilegíveis, do estigma e do medo de identificação de seu estado sorológico e da vergonha de serem “descobertos” quando conhecidos percebem o tamanho dos frascos na dispensação das farmácias. Caixas e bulas são inevitavelmente jogadas no lixo e com isso, perde-se uma possível fonte de informações seguras sobre medicamento, incluindo validade.

A dimensão **ambiência** e **aspectos interpessoais** se aproximam e se complementam. Como já demonstrado há uma estreita relação entre aspectos da estrutura física da unidade com a privacidade, confidencialidade e um tempo maior no atendimento.

Longe de esgotar as questões que são objeto de debate nas avaliações participativas, cada um dos três exercícios desenvolvidos no estudo possibilitou

perceber como a inserção e o interesse dos participantes não acontecem de forma semelhante. Em todo o processo, embora houvesse a preocupação por parte da pesquisadora em explicitar que a construção conjunta era o mais importante e que por isso, todas as experiências e proposições seriam consideradas, a informação de que o conteúdo discutido estaria inserido em um trabalho acadêmico gerou nos participantes dos três momentos a expectativa de necessidade de “acerto”. O maior desafio encontrado, no entanto, foi durante a aplicação da técnica de Delfos com alguns especialistas que buscavam no instrumento ou em mensagens eletrônicas informações que pudesse contribuir para uma “resposta correta”. A ausência dessa resposta possivelmente gerou o abandono de alguns participantes que não quiseram fazer parte do trabalho até o final.

As ferramentas utilizadas buscaram permitir a compreensão dos elos presentes entre as diferentes dimensões da satisfação dos usuários com a dispensação dos medicamentos. O conhecimento produzido por avaliadores, especialistas e usuários permitiu concluir que satisfação dos usuários é momentânea e está em constante transformação. Recorrer às avaliações participativas possibilitou rever e reconstruir novos critérios para julgar satisfação, ampliado a participação dos interessados e explicitando questões relacionadas à interface entre as unidades dispensadoras de medicamentos e as pessoas vivendo com HIV/Aids.

Anexos

Primeiro Documento de Trabalho

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Colaborador,

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Satisfação do Usuário e Dispensação de Medicamentos para o Tratamento da AIDS no Brasil: construção e aplicação do modelo teórico de avaliação”. O(a) senhor(a) foi selecionado(a) por atuar em atividades relacionadas à assistência farmacêutica fornecida às pessoas vivendo com HIV/Aids. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Os conteúdos aqui apresentados são parte de um trabalho de tese de doutorado em andamento, portanto de divulgação restrita. Solicita-se que as mensagens trocadas com a pesquisadora responsável não sejam repassadas a ninguém.

O objetivo principal deste estudo é chegar a um consenso dos itens importantes para que o usuário fique satisfeito com a dispensação de seus medicamentos. Esta é uma etapa relevante para a construção de um modelo de avaliação da satisfação dos usuários com a dispensação dos medicamentos do tratamento para a infecção do HIV. Para isto, gostaríamos que o(a) senhor(a) respondesse os questionários que serão enviados em três etapas para seu endereço eletrônico, caso o(a) senhor(a) concorde em participar da pesquisa.

Na primeira etapa, os (as) participantes receberão um questionário que deverão responder individualmente. As respostas serão analisadas e informações serão incorporadas, ao escopo do modelo. Na segunda rodada, os resultados serão devolvidos aos participantes que deverão manifestar concordância ou discordância com as propostas incorporadas ao modelo. As discordâncias deverão ser justificadas. Na terceira rodada, buscaremos apresentar uma versão final do modelo teórico de avaliação

da satisfação do usuário da dispensação de medicamentos antiretrovirais com características geradas a partir do consenso do grupo.

Não há riscos previsíveis em sua participação já que temos como compromisso não divulgar os resultados de forma a possibilitar sua identificação. Esperamos que os resultados forneçam benefícios diretos aos serviços prestados às pessoas que vivem com HIV e aids e que recebem seus antiretrovirais nas unidades públicas de saúde.

Neste termo constam o telefone e o endereço institucional do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, onde o (a) senhor(a) poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Após o término da pesquisa todas as mensagens resultantes das rodadas serão apagadas. Os questionários ficarão sob guarda da pesquisadora por cinco anos.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O retorno a essa mensagem com o questionário preenchido será considerado como aceite para participação na pesquisa.

Pesquisadora: Ângela Fernandes Esher Moritz

Núcleo de Assistência Farmacêutica

Rua Leopoldo Bulhões 1480/sl.630

Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210

Tel e Fax - (21) 2598-2879

Endereço eletrônico: aeshher@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314

Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210

Tel e Fax - (21) 2598-2863

Endereço eletrônico: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Primeiro Documento de Trabalho

Instruções:

Como anteriormente mencionado este estudo busca o refinamento e a validação de um modelo teórico de avaliação para a satisfação do usuário com a dispensação de medicamentos para o Tratamento da Aids no Brasil. Vamos utilizar a técnica de consenso de especialistas com objetivo de definir melhor itens importantes para serem avaliados do ponto de vista do usuário em todo o processo da dispensação dos medicamentos, que inclui etapas que vão desde a ida a unidade dispensadora até o momento da entrega do medicamento.

A dinâmica do trabalho será realizada com a técnica de consenso de especialistas (método delfos). Delfos (ou *Delphi*) é uma técnica formal utilizada para consenso de expertos com metodologia e processos estruturados. Tem como base a utilização do conhecimento, da experiência e da criatividade de um painel de especialistas, e como pressuposto a idéia de que o julgamento coletivo, organizado sistematicamente é mais consistente que a opinião de apenas um indivíduo.

Nesta primeira rodada, os(as) senhores(as) terão até o dia 15 de agosto para responder os itens abaixo e devolver para o endereço eletrônico da pesquisadora (aesher@ensp.fiocruz.br). O(A) senhor(a) poderá utilizar o espaço que julgar necessário para sua resposta. Salve este arquivo com seu primeiro e ultimo nome data.doc, por exemplo angelaesher 130408.doc, e retorne quando preenchido.

Dispensação:

Como é do conhecimento dos(as) senhores(as), a Assistência Farmacêutica tem como um dos seus componentes a dispensação. É um momento em que os profissionais que trabalham na farmácia têm a oportunidade de interagir diretamente com o usuário. O exercício da função informativa e educativa da dispensação a torna peça chave na cadeia da assistência à saúde.

O foco deste estudo está na construção de itens que permitam avaliar a satisfação dos usuários no que diz respeito ao processo de trabalho da dispensação. Os itens que serão definidos pelos(as) senhores(as) por meio do consenso serão alocados em “dimensões”, que foram criadas a partir de uma revisão da literatura. “Dimensões”

podem ser entendidas como aspectos do programas sobre os quais o usuário pode opinar nos informando o seu grau de satisfação.

Por exemplo, uma das dimensões propostas, a **Presença do Medicamento é uma dimensão** utilizada para o usuário avaliar sua satisfação quanto à disponibilidade do medicamento na farmácia na quantidade prescrita para usuário. Inclui itens como “ter todos os medicamentos” e “não faltar medicamentos importantes”. Observe que o(a) senhor(a) poderá acrescentar outros itens que considerar importante.

Assim, solicita-se que escreva abaixo o que entende por cada dimensão e que itens a compõe.

1. Para o (a) senhor (a) Conveniência é:
2. Para o (a) senhor (a) Presença do Medicamento é:
3. Para o (a) senhor (a) Qualidade Técnica da Dispensação é:
4. Para o (a) senhor (a) Qualidade Técnica do Medicamento é:
5. Para o (a) senhor (a) Ambiência é:
6. Para o (a) senhor (a) Aspectos interpessoais são:

Segundo Documento de Trabalho

Instruções:

Estamos iniciando a segunda rodada de discussões! Como anteriormente mencionado este estudo busca o refinamento e a validação de um modelo teórico de AVALIAÇÃO PARA A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO com a dispensação de medicamentos para o Tratamento da Aids no Brasil.

Na primeira rodada, os(as) senhores(as) criaram itens para descrever cada dimensão da satisfação passível de ser avaliada do ponto de vista do usuário. As respostas foram lidas e os itens organizados por dimensão. Agora será preciso caminhar em busca de consenso. O primeiro momento será apontar com *Sim* ou *Não* se o item é pertinente para descrever a dimensão, isto é, se o item faz parte da dimensão. Em um segundo momento, na coluna seguinte, a proposta é avaliar a relevância de cada item, pontuando com uma nota 0 (zero), 1(um) ou 2 (dois), onde zero é nada relevante, um é pouco e dois é muito relevante. Um item relevante é aquele necessário, importante para medir a satisfação do usuário com a dimensão.

Não há itens corretos ou errados mas aqueles que se mostram relevantes ou não para serem avaliados do ponto de vista do usuário. É importante lembrar que estamos construindo juntos !

Nesta rodada, os(as) senhores(as) têm até o dia 27 de outubro para responder este documento e devolver para o endereço eletrônico da pesquisadora (aesher@ensp.fiocruz.br). Salve este arquivo com seu primeiro e ultimo nome data.doc, por exemplo angelaesher 271008.doc, e retorne quando preenchido.

Conveniência

Itens	Pertinência (SIM ou NÃO) Item faz parte da dimensão	Relevância		
		0 Nada relevante	1 Pouco Relevante	2 Muito relevante
Proximidade Geográfica				
Pronto atendimento				
Atendimento Resolutivo				
Atendimento às necessidades individuais no momento da retirada do medicamento				
Disponibilidade de horário de atendimento da Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM)				
Facilidade do acesso a UDM				
Respeito à individualidade				
Acesso ao medicamento				
Tipo de atendimento prestado				
Profissional que orienta sobre utilização e efeitos dos medicamentos				
Constrangimento de ter que ser atendido por diversos funcionários na UDM				
Estrutura física da UDM				
Disponibilidade dos ARV				
Disponibilidade de medicamentos para infecções oportunistas				
Disponibilidade de medicamentos para minimizar efeitos adversos				
Comodidade de usuários				
Comodidade dos profissionais de saúde				
Interesse				
Vantagem				
Conformidade				
Equipe multidisciplinar para atendimento				

Presença do Medicamento

Itens	Pertinência (SIM ou NÃO) Item faz parte da dimensão	Relevância		
		0 Nada relevante	1 Relevante	2 Muito relevante
Disponibilidade de todos os medicamentos para o tratamento				
Não ausência de medicamentos				
Disponibilidade de medicamentos				
Logística do Programa Estadual para abastecer as UDM				
Fundamental para contribuir com a adesão ao tratamento				
Disponibilidade imediata do medicamento de acordo com o prescrito				
Presença do Farmacêutico				
Direito de acesso ao medicamento necessário				

Qualidade Técnica da Dispensação

Itens	Pertinência (SIM ou NÃO) Item faz parte da dimensão	Relevância		
		0 Nada relevante	1 Pouco Relevante	2 Muito relevante
Dispensação conforme a prescrição				
Preenchimento adequado dos formulários para dispensação				
Orientação ao usuário sobre o uso dos medicamentos contidos na prescrição (ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos)				
Conferência de possíveis dúvidas do usuário				
Recordar a prescrição com o usuário				
Equipe treinada e capacitada para exercer atividade de dispensação				
Capacidade de esclarecer e orientar devidamente os usuários de medicamentos e outros insumos e correlatos relacionados com a recuperação e/ou promoção da saúde.				
Confiança do usuário no dispensador				
Interação do usuário com o profissional dispensador				
Informações recebidas sobre a terapia medicamentosa				
Capacidade técnica do profissional que presta as informações na dispensação				
Orientação ao usuário sobre o uso do medicamento (posologia e leitura da bula)				
O domínio pleno, por parte do profissional dispensador, sobre as propriedades referentes ao medicamento dispensado.				
Profissional capacitado, treinado, atualizado e que saiba transmitir seu conhecimento				
Possibilidade do profissional sanar todas as dúvidas que o usuário tiver				

Qualidade Técnica do Medicamento

Itens	Pertinência (SIM ou NÃO) Item faz parte da dimensão	Relevância		
		0 Nada relevante	1 Pouco Relevante	2 Muito relevante
Eficácia (mínima)				
Eficácia (alta)				
Eficiência				
Poucos efeitos adversos (ou "secundários")				
Segurança				
Cor (alterações)				
Embalagem				
Odor				
Alterações química/física do medicamento				
Utilizado para avaliar o grau de confiança do usuário no tratamento prescrito				
Impede a replicação do vírus nas células da pessoa infectada				
Importante para manutenção da vida da pessoa vivendo com Aids				
Preenchimento de todos os requisitos exigidos em conformidade com a legislação em vigor				
Conformidade com suas propriedades				
Clareza das informações contidas em sua apresentação				
Armazenamento do medicamento				
Utilizados para recuperação, manutenção ou prevenção da saúde				
Ensaio clínicos				
Boas práticas de fabricação				
Validação pelos órgãos reguladores FDA, EMEA, ANVISA, OMS				
Indicação registrada				
Monitoramento de mercado				
Farmacovigilância (estudos clínicos de fase 4)				
Estabilidade do medicamento				
Orientação para uso e conservação corretos no período de consumo pelo usuário				
Facilidade para ser ingerido				
Medicamento que cumpre todas as especificações técnicas de sua monografia.				

Ambiência

Itens	Pertinência (SIM ou NÃO) Item faz parte da dimensão	Relevância		
		0 Nada relevante	1 Pouco Relevante	2 Muito relevante
Local apropriado				
Local arejado				
Local limpo				
Fácil Acesso				
Fácil localização				
Garantia de confidencialidade				
Garantia de Privacidade				
Sensação de bem-estar, aconchego com o espaço				
Atenção dispensada de acordo com o local em que aconteceu				
Acesso geográfico da UDM				
Atmosfera que envolve o local da dispensação				
Senha para atendimento				
Local sem filas				
Cabines para usuários				
Local confortável				
Local iluminado				
Condições físicas do meio ambiente da UDM				
Condições físicas, estéticas e psicológicas do local onde se realiza a dispensação				
Meio moral e material onde está estabelecido o serviço				
Meio moral e material onde está estabelecido consultórios, grupos de trabalho (adesão e assistência farmacêutica)				
Local organizado para desenvolvimento da atividade				
Envolve todos os fatores que cercam os usuários de ARV				

Aspectos Interpessoais

Itens	Pertinência (SIM ou NÃO) Item faz parte da dimensão	Relevância		
		0 Nada relevante	1 Pouco Relevante	2 Muito relevante
Relações estabelecidas entre duas pessoas, considerando suas funções, características, responsabilidades diferentes e ao mesmo tempo sua igualdade de direitos e autonomia				
Igualdade de direitos				
Autonomia				
Trabalho em equipe				
Características de cada indivíduo				
Satisfação dos usuários com o profissional				
Satisfação dos usuários com o tipo de informações recebidas				
Insatisfação dos usuários com a rotatividade dos profissionais da UDM				
Mecanismos internos de um usuário para se relacionar com o diagnóstico, com o acompanhamento do HIV, com o tratamento				
Produto das relações estabelecidas entre usuário e profissional de saúde e vice-versa				
Fatores que determinam o grau de confiança entre os usuários e os profissionais envolvidos na dispensação				
Simpatia				
Aspectos entre pessoas diferentes (respeito a cultura, religião, educação, status social, comportamento, vivência)				
Percepções que tenho de lugares, situações ou pessoas e que provocam sentimentos diversos e/ou contraditórios				
Aspectos que envolvem a relação entre as pessoas de maneira a associar fatores afetivos aos cognitivos no dia-a-dia.				