

“Avaliação de implantação da assistência ambulatorial às PVHA no SUS - Uma análise a partir das pesquisas Qualiaids”

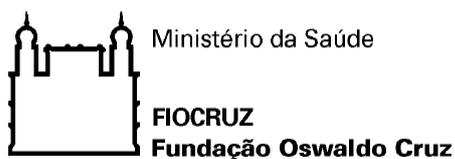
por

Rachel Pereira Baccarini

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Ines Battistella Nemes

Brasília, novembro de 2011



“Avaliação de implantação da assistência ambulatorial às PVHA no SUS - Uma análise a partir das pesquisas Qualiaids”

apresentada por

Rachel Pereira Baccharini

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Angélica dos Santos Spinelli

Prof.^a. Dr.^a Ângela Fernandes Esher Moritz

Prof.^a Dr.^a Maria Ines Battistella Nemes – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 25 de novembro de 2011.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

B116 Baccharini, Rachel Pereira

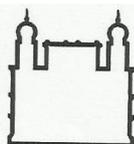
Avaliação de implantação da assistência ambulatorial às PVHA no SUS: uma análise dos serviços de pequeno porte a partir das pesquisas Qualiaids. / Rachel Pereira Baccharini. -- 2011.

185 f. : tab. ; graf.

Orientador: Nemes, Maria Ines Battistella

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Assistência Ambulatorial. 2. Síndrome de Imunodeficiência



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Brasília, 25 de novembro de 2011.

Rachel Pereira Baccharini

CG/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo - Manguinhos-RJ - 21041-210
Tel.: (0-XX-21) 2598-2969 ou 08000-230085

E-mail: secaprofissional@ensp.fiocruz.br Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>

Dedicatória

Este trabalho é dedicado às pessoas vivendo com HIV no Brasil e no mundo, com a esperança de poder humildemente contribuir para uma assistência sempre melhor e mais digna, onde o descaso, o estigma e o preconceito não sejam nunca mais fortes que a solidariedade e o amor entre irmãos que todos somos, para além de hipocrisias e julgamentos sociais.

Agradecimentos

Agradeço a algumas pessoas especiais que muito contribuíram para que este trabalho fosse desenvolvido. À minha mestra Beth Moreira, que me ampliou a visão interior me colocando os óculos de Kant e suas possibilidades. À Aristides Barbosa Junior, por me mostrar a importância de Mozart e sua harmonia em um trabalho acadêmico. À Maria Angélica Spinelli, pela doçura e assertividade nas suas sugestões. Aos profissionais de saúde dos serviços onde o estudo foi desenvolvido, pela disponibilidade e atenção. Ao Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, pelo apoio estratégico. Aos amigos da equipe QualiAids, por todos os trabalhos que a este antecederam. Aos professores e colegas do Mestrado de Avaliação em Saúde da ENSP, em especial à professora Marly Cruz.

Principalmente à minha amiga e orientadora Maria Ines Battistella, que me conduziu com firmeza e gentileza por esse árduo caminho. Minha gratidão por ter aberto seu coração e sua agenda a este projeto, e minha eterna admiração.

Finalmente, e de forma muito especial, agradeço aos meus amores Rebeca, David e Juliana, que me incentivaram a buscar novas e difíceis tarefas, muitas vezes em detrimento do tempo do nosso convívio diário. Todas as minhas escolhas pela vida foram com a esperança de ser para vocês um exemplo.

“A nossa inteligência, no estado em que sai das mãos da natureza, tem por objetivo principal o sólido inorganizado. A inteligência representa claramente só o descontínuo. A nossa inteligência representa claramente só a imobilidade. A inteligência deixa escapar o que há de “novo” em cada momento da história. Ela não admite o imprevisível. E rejeita toda criação. A inteligência se caracteriza pela incompreensão natural da vida. Mas é ao interior da vida que nos conduz a “intuição”, quero dizer, o instinto tornado desinteressado, consciente de si mesmo, capaz de refletir sobre seu objeto, e de alargá-lo indefinidamente.”

(Henri Bergson, L'Évolution Créatrice)

Sumário	
Dedicatória.....	7
Agradecimentos.....	9
Epígrafe.....	11
Lista de siglas.....	15
Lista de gráficos, ilustrações e quadros.....	17
Resumo.....	19
Apresentação.....	21
1-Introdução.....	25
2-Objetivos.....	35
3-Marco Teórico.....	37
4-A assistência ambulatorial ao portador do HIV no SUS.....	43
A Teoria do Programa	
5-Metodologia.....	49
6-Resultados.....	57
7-Discussão e conclusões.....	113
8-Considerações finais e Recomendações.....	129
Referências bibliográficas.....	135
Anexos.....	141
I - Questionário Qualiaids	
II- Roteiro de Entrevista	
III- Modelo do termo de consentimento livre e esclarecido	
IV- Parecer do Comitê de Ética	

Lista de Siglas

ADT- Assistência Domiciliar Terapêutica

CDC- Centers for Disease Control

CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

HAART - Highly Active Anti-Retroviral Therapy

HSH - Homens que fazem sexo com homens

LACEN- Laboratório Central

M&A - Monitoramento e Avaliação

PAM - Plano de Ações e Metas

PSF- Programa de Saúde da Família

PVHA ou PVHIV- Pessoas vivendo com HIV/Aids

SAE - Serviço de Assistência Especializada

SICLOM- Sistema Logístico de Medicamentos

SISCEL- Sistema Informatizado de Controle de Exames Laboratoriais

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV - Terapia Antirretroviral

UDM - Unidade Dispensadora de Medicamentos

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

Lista de gráficos, mapas e quadros

Gráficos 1 e 2	26
Mapa 1	28
Gráfico 3.....	31
Quadro analítico I.....	71
Quadro analítico II.....	99
Gráfico 4.....	122

Resumo

A assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV no SUS é constituída por um conjunto heterogêneo e crescente de serviços, inseridos em contextos institucionais e organizacionais diversos. As avaliações Qualiaids, através de um questionário estruturado e disponível *on line*, têm avaliado aspectos da estrutura, organização da assistência e gerenciamento técnico desses serviços e sua última aplicação foi em 2010. Resultados dessas pesquisas avaliativas mostraram uma tendência a pior desempenho dos serviços de pequeno porte que acompanham até 100 pacientes.

Este trabalho trata de uma avaliação de implantação da assistência nesses serviços, baseada no mesmo referencial teórico da linha de pesquisa Qualiaids e acrescentados aspectos do contexto político organizacional. As características do trabalho local foram analisadas de acordo com sua proximidade com os princípios e diretrizes do Programa de DST/Aids.

Foi desenvolvido um estudo de caso, sendo que as duas unidades de análise selecionadas correspondem a dois serviços que obtiveram médias discrepantes na autoavaliação do questionário Qualiaids em 2010. As fontes de dados utilizadas foram entrevistas, observação direta, análise de prontuários e o Plano de Ações e Metas dos municípios. A análise foi feita dentro de cada caso, comparando os dados quantitativos da avaliação Qualiaids 2010, com os dados obtidos nas entrevistas e observações buscando suas diferenças, semelhanças e completude. Em uma segunda etapa foi feita uma análise comparada dos dois serviços, incluindo aspectos do contexto político e organizacional.

O estudo aponta como aspectos de maior fragilidade: a formação de uma equipe multiprofissional com um projeto assistencial definido; a capacitação para o gerenciamento técnico do serviço e para a elaboração do planejamento geral da atenção programática; o modelo específico do trabalho médico que propicia, além de certo “isolamento técnico”, uma maior influência do perfil desse profissional na condução do trabalho local.

Foram também apontadas as potencialidades e limitações do Qualiaids como instrumento de autoavaliação dos serviços.

Summary

Centers providing HIV/Aids outpatient care in Brazil constitute a large and heterogeneous group of facilities that have been assessed by Qualiaids evaluations, through an on line questionnaire, according to parameters of service inputs and service delivery processes and last applied in 2010. Qualiaids theoretical framework is based on the guidelines and principals of The National HIV/Aids Programme. The results of those evaluations have demonstrated a tendency of worse performance in services with a hundred patients at most.

This study is an implementation evaluation of those services, through qualitative methods, based on Qualiaids theoretical framework and adding aspects of the political and organizational context.

A multiple and contrasting case study was conducted in two facilities that attend a hundred patients at most and with different performances in Qualiaids 2010. Data were gathered through interviews, direct observation, medical charts analysis and the Municipal Plan of Actions and Goals regarding the HIV/Aids Programme. Quantitative data from Qualiaids 2010 self application were compared with qualitative data, searching for differences, similarities and completeness. Aspects of political and organizational context were also compared.

Analyses were able to indicate the main fragilities in those services: gathering a multidisciplinary team with a concrete delivering care project; management and planning training and supervisions; physicians' personal characteristics that induce some "technical isolation" and reinforce much influence of the professional profile in the delivering care process.

Potentialities and limitations of Qualiaids self evaluation tools were also appointed.

Apresentação

Trata-se de uma avaliação de implantação da assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis no SUS, Sistema Único de Saúde, nos serviços de pequeno porte que acompanham até 100 pacientes e baseado em pesquisas avaliativas anteriores que fazem parte da linha da pesquisa Qualiaids. O Qualiaids¹ constitui uma ferramenta de monitoramento e avaliação para serviços ambulatoriais de DST e aids, que tem apontado para tendência a pior desempenho quanto menor é o porte do serviço, o que condiz com estudos internacionais^{2,3,4,5,6}. Este fato nos motivou a realizar uma avaliação desses serviços de forma a complementar, através de técnicas qualitativas de pesquisa, os estudos quantitativos desenvolvidos pelo Qualiaids.

Esta avaliação será guiada pelo mesmo quadro referencial da linha avaliativa Qualiaids, que assume como positivas as características do trabalho que mais se aproximam dos valores presentes no plano ético-normativo do Programa Nacional e como negativas, as características que indiquem incoerências e/ou descolamentos desse plano⁷.

Em se tratando de uma avaliação de implantação, além dos aspectos avaliados pelo Qualiaids serão analisados aspectos do contexto político-organizacional. Esse tipo de avaliação permite definir a influência dos fatores contextuais no grau de implantação da intervenção e oferece informações para a melhoria do programa⁸.

Os primeiros serviços de DST/Aids no Brasil surgiram no município de São Paulo a partir de 1983 com a necessidade de prover atenção aos primeiros casos de aids diagnosticados. A partir de 1994, o Ministério da Saúde iniciou o processo de apoio financeiro a municípios nos 27 estados, com o objetivo de incentivar a implantação dos serviços ambulatoriais de assistência às PVHIV, através do repasse de recursos. Esses recursos foram, em uma primeira fase, de 1994 a 2002, provenientes de acordos de empréstimos com o Banco Mundial, subsidiando 27 secretarias estaduais e 151 municípios prioritários, responsáveis então por 70% dos casos de aids no país⁹. A partir de 2003, o repasse dos recursos começou a ser feito por mecanismo fundo a fundo, ou seja, diretamente do Fundo Nacional de Saúde do Governo Federal para as contas bancária dos Fundos Municipais de Saúde, ampliando o número de municípios de acordo com critérios epidemiológicos, o que se chamou política do incentivo. O repasse foi condicionado a uma contrapartida financeira por parte de municípios e estados e pela elaboração de um Plano de Ações e Metas. Esse planejamento deveria

ser aprovado pelos Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores Bipartite e explicitar as ações a serem desenvolvidas nas áreas de assistência, prevenção e gestão ¹⁰.

GRANGEIRO, 2011⁹, aponta uma forte capacidade desta política de municipalização da assistência para induzir a implantação de serviços de DST/Aids e o fortalecimento do sistema local de saúde, entretanto, ela não esteve associada a uma maior cobertura das ações de prevenção.

No fim da década de 90, o Programa Estadual de DST/Aids do Estado de São Paulo, buscando conhecer a qualidade dos Serviços de Assistência Especializada em DST/Aids (SAE) no SUS, firmou parceria com a equipe de pesquisa Qualiaids, vinculada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para a criação de um aplicativo para autoavaliação de qualidade desses serviços¹¹.

Desde essa época, o Qualiaids tem sido utilizado como ferramenta de Monitoramento e Avaliação (M&A) para os serviços ambulatoriais de DST e aids, e em 2002, conjuntamente com o Ministério da Saúde, a pesquisa foi pela primeira vez aplicada nacionalmente em sete estados brasileiros que concentravam 63% dos serviços ambulatoriais¹². Em 2005 o questionário foi transferido para meio eletrônico e em 2007 foi aplicado *on line* em todos os estados e Distrito Federal. A última aplicação do Qualiaids foi de 1º de outubro a 15 de dezembro de 2010, com adesão de mais de 90% dos serviços.

A Coordenação do Programa Nacional de DST/Aids, hoje Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, tem se destacado por seu empenho na busca por condições para o desenvolvimento de processos avaliativos. Assim, em 2003 foi implantada a assessoria de monitoramento e avaliação no Programa, como exigência do acordo de empréstimo do Banco Mundial feito à época. Essa área, apoiada técnica e financeiramente pelo Centers for Disease Control (CDC), por universidades americanas, e pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Fiocruz), desenvolveu importantes avaliações de componentes do Programa na última década, implantou um sistema complexo de monitoramento da epidemia, MONITORAIDS, assim como um projeto de capacitação contínua de profissionais de saúde do nível federal, estadual e municipal de saúde¹³.

Desta forma, o Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais vem reconhecendo a importância da institucionalização do M&A como ferramenta para aumentar a efetividade no enfrentamento da epidemia, principalmente considerando a

complexidade crescente do sistema de saúde idealizado para funcionamento em redes de atenção^{8,14}, as demandas por novas tecnologias na área da saúde e a atual tendência pelo estabelecimento de uma gestão baseada em evidência. É especificamente na área da assistência que estas demandas atingem um alto grau de concretude e volume, considerando o compromisso assumido pelo Sistema Único de Saúde no Brasil quanto à universalização do acesso e integralidade da atenção aos seus usuários¹⁵.

A institucionalização do M&A implica reconhecimento da sua capacidade de induzir e propiciar o processo reflexivo que possa desencadear as melhores decisões político-administrativas. Segundo DENIS, 2010,

*“a avaliação surge como um elemento alinhador de um processo de construção de problemas, de soluções e eventualmente da aplicação de decisões políticas. Desta forma, avaliação não é uma resposta ou prescrição. É uma contribuição à compreensão da realidade, aos sentidos dados pelos atores, em determinadas conjunturas, para a tomada de decisão.”*¹⁶

Este estudo foi desenvolvido, na sua maior parte, enquanto a pesquisadora principal exercia sua função como técnica assessora do Departamento DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde nas áreas de Assistência e Tratamento e de Monitoramento e Avaliação. Tem, portanto, um forte componente de uma avaliação interna. Como vantagem de uma avaliação interna, DUFFY, 1994, *apud* HARTZ¹⁷, destaca um maior custo-efetividade, dado o posicionamento do avaliador no *staff* organizacional, com possibilidade melhor de utilização dos resultados, inclusive de propor estratégias mais adequadas, propiciando adesão em longo prazo. Possíveis dificuldades relacionadas a pressões internas de pares, ou de se conciliar a independência do avaliador e o envolvimento nos serviços durante o processo de avaliação, devem ser explicitadas, mas uma prática orientada por critérios e princípios éticos e profissionais pode minimizar os conflitos e transformar os dilemas em instrumentos na busca da qualidade. Em qualquer circunstância, a qualidade da avaliação depende da competência dos avaliadores e da capacidade da instituição em considerar e utilizar adequadamente os resultados¹⁷.

Este trabalho foi dividido em oito capítulos. Uma introdução onde se apresenta alguns aspectos da epidemia atual, um breve histórico dos serviços e a construção do questionário Qualiaids. No capítulo dois estão os objetivos geral e específicos do estudo. O capítulo três traz o referencial teórico da avaliação, tanto no seu aspecto mais abrangente, como uma avaliação de implantação de serviços de saúde, como no seu aspecto mais específico relacionado ao referencial teórico da linha de pesquisa

Qualiaids, onde este se insere. A teoria do Programa de DST/Aids é detalhada no capítulo quatro. No capítulo cinco é apresentado o desenho do estudo, os critérios para a seleção das unidades de análise e a metodologia da coleta de dados e da análise do estudo de caso. O capítulo seis é reservado aos resultados da pesquisa. Conclusões e uma discussão sobre as características da assistência nos serviços selecionados, assim como o contexto de implantação dos mesmos compõem o capítulo sete. E finalmente, no capítulo oito estão as considerações gerais e as recomendações, por aspectos analisados.

1- Introdução

1.1- A Epidemia de aids no Brasil

No final da sua terceira década, a epidemia de aids no Brasil permanece como um grande desafio em Saúde Pública. Caracteriza-se como uma epidemia concentrada, com baixa taxa de prevalência do HIV na população geral, em torno de 0.61%¹⁸, e altas taxas em alguns grupos, como homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo e usuários de drogas. Nesses últimos grupos a prevalência estimada está acima dos 5%, sendo que no primeiro grupo dos HSH está em torno de 12%¹⁹.

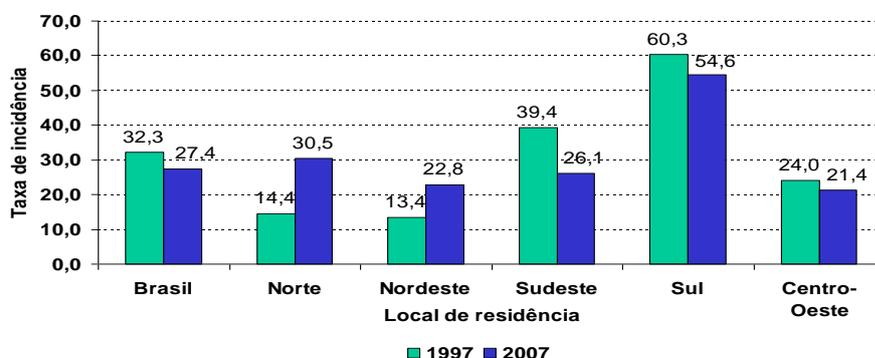
A cada ano aproximadamente 33.000 novos casos e cerca de 11.000 óbitos são notificados¹⁸. A estimativa do total de pessoas infectadas pelo HIV no Brasil é cerca de 630.000. Destes, 200.000 são pacientes em tratamento antirretroviral²⁰, cerca de 200.000 são pessoas soropositivas, mas ainda não desenvolveram aids, e fazem acompanhamento de contagem de linfócitos CD4 e carga viral²¹; e aproximadamente 230.000 pessoas são HIV positivo e desconhecem sua sorologia. Portanto, é preciso que o sistema de saúde esteja preparado para uma maior demanda de assistência qualificada nos próximos anos, à medida que esse grupo de pacientes em acompanhamento e com status sorológico desconhecido venha a necessitar de assistência.

Uma característica marcante e persistente da epidemia na última década é o número crescente de pequenos municípios com casos de aids notificados. Atualmente, cerca de 90% dos municípios brasileiros têm pelo menos um caso.

No período de 1997 a 2007 a curva de incidência foi crescente em municípios com menos de 50.000 habitantes, com exceção das regiões Norte e Nordeste, passando de 4,4 casos novos/ano para 8,2 casos novos/ano, por 100.000 habitantes²². Nestas duas regiões observa-se aumento da incidência tanto em municípios maiores quanto naqueles com menos de 50.000 habitantes. Entretanto, apesar destes constituírem 90% (4982) dos municípios brasileiros²³, eles concentram apenas 34 % da população e 11% dos casos de aids identificados, reforçando o caráter prioritariamente urbano da epidemia no Brasil¹⁸. São as grandes cidades, municípios com mais de 500.000 habitantes, notadamente nas regiões Sudeste e Sul, onde a epidemia se manifesta em toda sua pungência, apesar de uma tendência discreta de diminuição da incidência. O gráfico abaixo mostra a variação das incidências conforme o número de habitantes dos municípios e por região.

Gráficos 1 e 2- Incidência de aids em municípios brasileiros

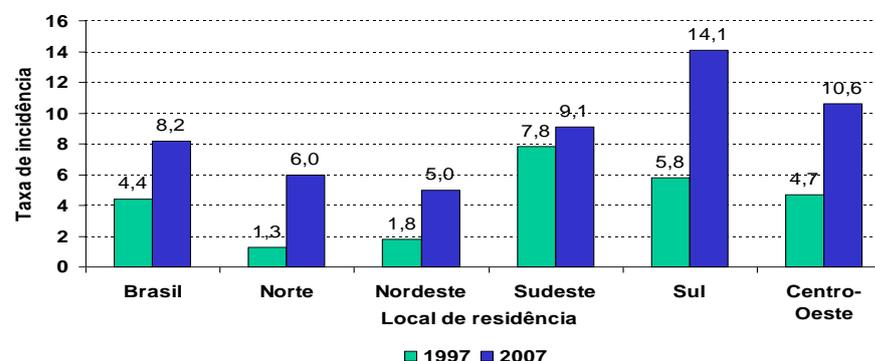
Taxa de incidência de casos de aids (por 100 mil hab.) em municípios com 500 mil hab. ou mais, segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1997 e 2007



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
 NOTA: (1) Casos notificados no Sinan e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e declarados no SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para 2007.
 POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br no menu Informações em saúde > Demográfica e socioeconômicas, acessado em 20/10/2009.

Programa Nacional de DST e Aids

Taxa de incidência de casos de aids (por 100 mil hab.) em municípios com menos de 50 mil hab, segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1997 e 2007



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
 NOTA: (1) Casos notificados no Sinan e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e declarados no SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para 2007.
 POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br no menu Informações em saúde > Demográfica e socioeconômicas, acessado em 20/10/2009.

Aids

Fonte- Boletim Epidemiológico DST/Aids, 2009

Paralelamente à expansão geográfica, as políticas públicas se voltaram à necessidade de responder a um novo perfil da doença que vem se consolidando como uma condição crônica, completados 15 anos do advento da HAART (Highly Active Anti-retroviral Therapy). O paciente assumiu um novo aspecto e passou a enfrentar novos desafios, entre eles os eventos adversos à TARV (Terapia Antirretroviral), como a lipodistrofia, que reforça o medo do estigma e da discriminação. Além disto, altas

taxas de coinfeção com a tuberculose, neoplasias não correlacionadas com o HIV como linfomas e leucemias, a prevalência da resistência primária aos antirretrovirais em torno de 10%²⁴ e as resistências secundárias, fazem das abordagens terapêuticas a esses pacientes uma complexa subespecialidade dentro da infectologia²⁵.

Tudo isto implica maior complexidade no tratamento²⁵, o que torna ainda mais crucial o acesso oportuno a serviços de saúde de qualidade, capacitados para atendimento integral, assim como a um sistema ágil de referência e contrarreferência, que possam promover melhoria na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids e a prevenção de novas infecções.

1.2- Os serviços de DST/Aids

Desde os anos 90, o número de serviços ambulatoriais de assistência as pessoas vivendo com HIV tem sido crescente, fruto da estratégia federal de descentralização da assistência, com recursos advindos inicialmente de fundos internacionais. Em dezembro de 2002 foi publicada a portaria ministerial 2313 do Ministério da Saúde²⁶, que estabelece o repasse direto de recursos federais para os Fundos Municipais e Estaduais de Saúde como incentivo às ações de prevenção e assistência, constituindo a política de incentivo e expandindo o número de municípios beneficiados. GRANGEIRO, 2011⁹, relaciona a resposta desses municípios à epidemia com o período quando foram incluídos na estratégia de descentralização, começando a receber recursos para esses fins. Os resultados dessa pesquisa concluem que, do conjunto de municípios estudados (812), os incluídos na primeira fase (151) apresentam mais chance de resposta do que os incluídos posteriormente e os não incluídos.

Essa política de incentivo foi em parte responsável pelo sucesso da resposta brasileira à epidemia de aids e permitiu, principalmente, a expansão das ações relacionadas à assistência, através da implantação de novos serviços.

Entretanto, ao longo destes anos, o sistema informatizado do Ministério da Saúde que monitora a execução dos recursos do incentivo, SIS-Incentivo¹⁰, tem detectado um volume crescente de recursos estagnados em contas bancárias estaduais e municipais, por falta de execução por parte das Secretarias de Saúde. Este fato vem se tornando um constrangimento e uma ameaça à subsistência da referida política do incentivo, que tem encontrado opositores sistemáticos nos Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde.

Recentemente, vários estados, seguindo estratégias próprias, têm optado por repassar parte dos seus recursos estaduais do incentivo para municípios não

712 serviços, ou seja, 280 serviços que são responsáveis pela assistência ambulatorial a menos de 10% do total de pacientes em TARV no Brasil (cerca de 20.000).

Através deste estudo, busca-se levantar hipóteses que possam explicar a tendência de piores níveis de qualidade entre os serviços de pequeno porte^{11,28,29} apontada pelas pesquisas Qualiaids e reforçada por estudos internacionais, que têm mostrado menores índices de mortalidade, tratamento mais oportuno e melhor qualidade da atenção em unidades com maior número de pacientes^{2,3,4,5,6}.

1.3- Breve histórico do Qualiaids

O primeiro estudo Qualiaids procurou responder a questão sobre qual a qualidade esperada para os serviços ambulatoriais que assistem PVHIV em São Paulo. Foi realizada inicialmente uma pesquisa qualitativa em cinco unidades escolhidas por serem reconhecidas pelo Programa Estadual de DST/Aids como serviços de boa qualidade quanto as características de estrutura e processo. O modelo identificado nesses serviços foi tomado como o “padrão tecnológico” e como o “melhor possível” em relação à organização do trabalho¹¹.

A partir deste perfil foram definidos os padrões de qualidade possíveis em condições adequadas de operação do trabalho. Esses critérios foram desenvolvidos e, em seguida, aplicados na avaliação qualitativa de 27 serviços do Estado de SP em 1999. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, visitas e observações do fluxo operacional e, a partir daí, definidas as características assistenciais privilegiadas para a avaliação: a recepção, acolhimento aos pacientes novos, acolhimento aos pacientes não agendados e sua articulação com o atendimento médico, trabalho em equipe, dinâmica e mecanismos de integração, absorção dos “pacientes difíceis”, abordagem da sexualidade, vida conjugal e desejo de ter filhos, enfrentamento de dilemas éticos para o aconselhamento, responsabilidade do serviço no atendimento à gestante, estabelecimento de controles programáticos, contrato de sigilo, controle e contato com faltosos, critério de abandono, mecanismos gerenciais e perfil do gerente¹¹.

Estas características foram sintetizadas em dois conjuntos de indicadores relacionados à assistência e à gerência. Para cada indicador foram definidos três níveis de qualidade, construídos a partir da composição entre o modelo tecnológico encontrado nas cinco unidades piloto, e os pressupostos ético-normativos do Programa: nível 1- características que mais se aproximam do melhor padrão tecnológico encontrado; nível 2 - o perfil médio esperado, de acordo com esse mesmo padrão; nível

3- características abaixo desses parâmetros. Formaram-se, então, três grandes grupos de qualidade¹¹.

Esta classificação foi utilizada para a construção do modelo de avaliação realizada na primeira aplicação nacional do Qualiaids, entre 2001 e 2002^{11,12}. A pesquisa avaliativa, abrangendo processo e estrutura, foi realizada em parceria com o Programa Nacional de DST/Aids, em sete estados brasileiros que concentravam, na época, 63% desses serviços. Todos os serviços desses estados foram incluídos, em um total de 336. 322 serviços (95,8%) responderam questionário autoaplicável, com perguntas de múltipla escolha sobre as características da assistência. O número de pacientes em seguimento variou de três a 5000 e 50% dos serviços acompanhavam até 100 pacientes. Constatou-se que a maioria encontrava-se inserida em unidade não exclusiva para aids (86,4%)¹².

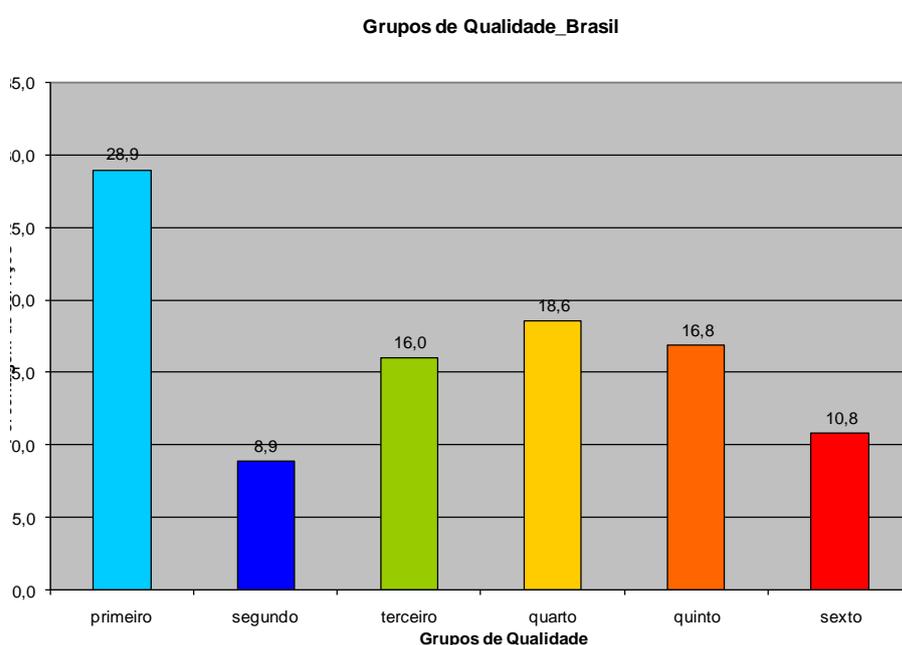
Para avaliar o perfil de qualidade do conjunto dos serviços foi utilizada técnica estatística de agrupamento por K-médias, de modo que esses fossem agregados em agrupamentos heterogêneos indicando níveis de qualidade decrescente. Considerando o porte de cada serviço, pesos foram inferidos a várias questões no sentido de não resultar em punição na pontuação final aos serviços menores. Desta forma, no que se refere a recursos humanos, como a existência de psicólogo na equipe multiprofissional, nas unidades de pequeno porte é considerada a possibilidade de referência para serviços maiores, sem a exigência da presença física do profissional¹¹. A pontuação foi de 0 a 2, sendo esta última considerada o “padrão ouro”. Os resultados permitiram discriminar quatro grupos de serviços com perfis diferentes de qualidade: 76 (24%) no nível 1 de melhor qualidade, 53(16%) no nível 2, 113(35%) no nível 3 e 80 (25%) no nível 4, considerado o pior^{11,30}.

Em 2005 o questionário original da pesquisa e o modelo de classificação dos níveis de qualidade foram revistos e passaram a ser utilizados por meio eletrônico. Em 2007 o questionário foi aplicado, desta vez *on line*, nos 27 estados da federação. Na época, todos os 636 serviços foram convidados a preencher o instrumento com 107 questões estruturadas abordando disponibilidade de recursos, organização da assistência e gerenciamento do trabalho. Entre 15 de outubro e 30 de dezembro de 2007 80% dos serviços responderam ao questionário. Para fins da pesquisa foram analisados os que responderam no mínimo 90% das questões, resultando em 463 serviços que significam 73% do total. O número de pacientes acompanhados variou, por serviço, de um a 7160. Acompanham até 100 pacientes 35,8% das unidades de saúde, de 101 a 500

pacientes, 36%, e mais de 500 pacientes, 26,7% dos serviços³⁰. Notou-se, portanto, redução do número de serviços de menor porte nesse período em relação à pesquisa anterior.

A maior parte das unidades que responderam ao questionário nessa segunda aplicação continuava situada em serviços não exclusivos para aids (63,6%), em menor número que na primeira aplicação (considerando que em 2002 apenas sete estados participaram da pesquisa) então concentrada nas regiões Sul e Sudeste (80%)³⁰. A análise dessa aplicação discriminou seis agrupamentos de qualidade, conforme gráfico abaixo:

Gráfico- 3 Grupos de qualidade Qualiads 2007



Fonte: Relatório da Pesquisa Qualiads 2007- Ministério da Saúde

No primeiro grupo, de melhor padrão de qualidade, onde se percebe uma maior concentração (28,9%), a maior parte dos serviços situou-se no Estado de São Paulo. Nota-se uma distribuição mais homogênea nos três grupos intermediários, com grande percentual dos serviços localizando-se nos três piores grupos de qualidade, 46,2%.

Em 2010, mais uma vez o questionário foi aplicado em todos os estados, alcançando adesão de mais de 90% dos serviços ambulatoriais que atendem adultos vivendo com HIV. A análise do banco de dados do Qualiads 2010 encontra-se em andamento com previsão de finalização em dezembro de 2011. As unidades de análise

do presente estudo foram selecionadas de acordo com sua pontuação no Qualiaids 2010.

O Qualiaids 2002 mostrou, associando os níveis de qualidade e as características institucionais, que menor número de pacientes, localização em municípios pequenos e não exclusividade do serviço foram variáveis que se associaram independentemente com os piores níveis de qualidade e maior risco estimado de não adesão do paciente ao tratamento^{12,28,31}. Esses serviços de menor porte se mostraram com maior dificuldade para reunir e manter equipes mínimas, frequentemente seu processo de trabalho é centrado na figura do profissional médico, a atuação dos profissionais não é supervisionada e a padronização de condutas foi quase inexistente¹².

Consideramos que, apesar do número pequeno de pacientes não ser uma dimensão de qualidade em si, ele pode ser um indicador de dimensão da qualidade^{12,28,29}, entendendo-se aqui como conceito de “qualidade” o proposto por NEMES, 2004: *“o acesso a técnicas diagnósticas e terapêuticas relativas à complexidade associada à aids, respeitando as diretrizes preconizadas pelo Programa, e dentro dos princípios de universalidade e integralidade do SUS.”*¹¹

O foco de estudo da linha de pesquisa Qualiaids é a qualidade da assistência nos seus componentes de estrutura e do processo de trabalho, especificamente em aspectos relacionados à organização da assistência, gerenciamento técnico do trabalho e disponibilidade de recursos.

Nas aplicações do Qualiaids não foram estudados aspectos do contexto de implantação dos serviços que pudessem influir no grau de qualidade demonstrado. Com este estudo desenvolve-se uma avaliação de implantação em serviços que acompanham até 100 pacientes, através de técnicas qualitativas, por meio de um estudo de caso múltiplo e contrastante, no sentido de complementar o conhecimento da infraestrutura, organização da assistência e gerenciamento do trabalho nesses serviços. Os dados qualitativos são comparados com as respostas ao questionário Qualiaids 2010 e analisa-se a possível influência do contexto político-organizacional da sua implantação.

Estabelecido o compromisso do SUS no que se refere à universalidade, integralidade e equidade do acesso à saúde, parte-se do pressuposto que, ao se identificar a necessidade de ampliar o acesso por questões geográficas ou de outra natureza, esta ampliação pode ser feita com serviços de qualidade, mesmo sendo de pequeno porte. Devido às distâncias geográficas, em algumas regiões com baixa prevalência para aids tornou-se pertinente e recomendado a implantação de pequenos

serviços, porém os critérios para tal deveriam estar claros e em consonância com a expansão da epidemia. Os fluxos de referência e contrarreferência devem ser bem estabelecidos. Da mesma forma, regiões com alta incidência demandam maior número de serviços, mas sua implantação precisa ser racional, evitando sobreposição da oferta. A fim de responder à complexidade do agravo, a qualidade dos serviços precisa ser adequada, independentemente das diferenças institucionais, regionais e de complexidade entre eles.

Portanto, tendo como objetivo a melhoria do atendimento ao portador de HIV no Brasil, conhecer melhor os serviços de pequeno porte torna-se imperativo: em que contexto se inserem, qual o perfil desses serviços, e quais suas necessidades, para que dentro de uma estrutura de pouca complexidade e baixa densidade tecnológica possa se estabelecer um atendimento com um nível adequado de qualidade.

2- Objetivos

Gerais

Avaliar a implantação da assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em serviços de pequeno porte do SUS que acompanham até 100 pacientes.

Específicos

1- Descrever as características da assistência prestada nas unidades de análise selecionadas para o estudo de caso nos aspectos relacionados à disponibilidade de recursos, organização da assistência e gerenciamento técnico do trabalho;

2- Descrever o contexto político-organizacional onde se inserem esses serviços e analisar a sua possível influência na qualidade da atenção prestada;

3- Analisar os dados obtidos comparando com o desempenho dos serviços no Qualiaids 2010;

4- Apontar as potencialidades e limites da Avaliação Qualiaids frente aos dados qualitativos;

5- Analisar as ações programáticas nas unidades selecionadas e sua proximidade com o plano ético- normativo do Programa.

3 - Marco Teórico

A avaliação de serviços de saúde sofreu um grande impulso a partir da década de 70 nos países desenvolvidos, se estendendo aos países em desenvolvimento à medida que os sistemas de saúde foram sendo implantados em toda sua complexidade, como ocorreu no Brasil com a regulamentação do SUS com a Lei nº 8.080 em 1990. Iniciou-se então uma expansão da atenção à saúde com a implantação de um conjunto heterogêneo de serviços, com modelos assistenciais diversos. Paralelamente, as tecnologias médicas passaram a ter um desenvolvimento exponencial, o que favoreceu o aumento crescente das expectativas da população e, ao mesmo tempo, os recursos financeiros se tornaram cada vez mais escassos precisando, portanto, serem alocados da forma mais eficiente possível⁸.

Segundo NOVAES, 2004, *“os serviços de saúde constituem um objeto que desafiam categorizações e dificultam as análises que buscam identificar e mensurar sua participação e seu impacto sobre os problemas de saúde de uma população.”*³² Consideramos, portanto, que aprofundar os estudos e avaliações sobre os serviços de saúde, inseridos em sistemas de saúde complexos, pode contribuir de forma significativa, não somente para melhorar a qualidade da assistência, mas também para o aprimoramento e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Dentro desta perspectiva, o conceito de avaliação proposto por CONTANDRIOPOULUS fornece um quadro objetivo no que se refere às avaliações e seu uso em políticas, programas ou outras intervenções em saúde: *“Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão”*⁸.

O mesmo autor diferencia as pesquisas avaliativas das avaliações para gestão, estas fundamentalmente normativas, baseadas em critérios e normas e não consideradas por ele como parte da área da pesquisa. Essas avaliações normativas são amplamente utilizadas na gestão pública atualmente, correspondendo às funções de controle e de acompanhamento, assim como aos programas de garantia de qualidade⁸. Considera-se, entretanto, que também as atividades de avaliação baseadas em critérios e normas constituem uma atividade científica e que não podem prescindir do mesmo rigor metodológico na sua execução. Para PINTO, 1986, *apud* UCHIMURA, *“o que torna científica uma avaliação não é a descoberta de uma única verdade, e sim o esforço para verificar observações e validar seu significado ou seus diferentes significados.”*³³

Avaliações de implantação e estratégicas mostram-se mais adequadas às avaliações para decisão, buscam responder a questões colocadas para aquele programa específico dentro de determinado contexto e as respostas dela advindas tendem a ser consideradas adequadas pelos grupos de interesse envolvidos (*stakeholders*)³⁴. Ambas são menos frequentemente consideradas como da área de pesquisa, principalmente as avaliações de implantação, pela própria dificuldade de se restringirem ao rígido enquadramento teórico-metodológico que a prática científica exige.

Como conceito de avaliação de implantação, citamos novamente CONTANDRIOPOULOS, que a inclui no rol das pesquisas avaliativas e a define como:

*“Avaliação onde busca-se medir o grau de influência que pode ter a variação do grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos e por outro lado, em apreciar a influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está inserida, nos efeitos da intervenção.”*⁸

A avaliação de implantação está especialmente indicada quando se observa uma grande variabilidade nos resultados obtidos de intervenções similares, implantadas em contextos diferentes. Esse é o caso dos serviços ambulatoriais de DST/Aids no SUS, que são frutos de uma mesma concepção programática com princípios éticos e diretrizes técnicas bem definidas e recursos estratégicos centralizados. Estão implantados em contextos variados e apresentam diversos graus de qualidade e resolutividade, mesmo dentro de complexidade e densidade tecnológica semelhantes.

Entretanto, concordando com SILVER, 1992 apud UCHIMURA³³, *“não existe uma metodologia única para avaliação de serviços. A metodologia apropriada está diretamente vinculada ao que se quer avaliar e à perspectiva do avaliador.”*

Desta forma, este estudo se classifica como uma avaliação de implantação a partir da proposição de se estender a uma análise do contexto político-organizacional onde se inserem os serviços de pequeno porte, apesar de não trazer nenhum tipo de abordagem de resultados ou efeitos da intervenção.

A idéia de qualidade está também presente, desde que na avaliação de uma intervenção o julgamento do mérito, por referência a determinados parâmetros, leva ao estabelecimento de uma qualidade. Para NOVAES, 2000,

*“a avaliação de uma tecnologia ou programa em que, de início, há o estabelecimento de uma qualidade que se constituirá o parâmetro de referência, a partir do qual serão construídos os instrumentos a serem utilizados na avaliação, passa a ser uma avaliação de qualidade.”*³⁴

Serviços de saúde têm sido frequentes alvos de avaliações de qualidade, principalmente quando, a partir dos anos 60, por sua própria expansão, passaram a ser considerados também como produtos e, portanto, passíveis de serem incluídos em padrões de qualidade. Nos serviços públicos de saúde também a qualidade tornou-se questão a ser almejada e investigada, como parte dos direitos sociais dos seus usuários.

Segundo UCHIMURA, 2002,³³ a qualidade de programas e serviços é tratada quase sempre, de maneira objetiva, relacionando a instrumentos, formas, técnicas e métodos. Entretanto, a autora aponta uma dimensão subjetiva da qualidade, relacionada a finalidades, valores e conteúdos e que não pode ser mensurada ou generalizada. Avaliações voltadas para o estudo dos componentes de um programa de saúde constituem estudos da qualidade em sua dimensão objetiva, enquanto estudos com foco na dimensão subjetiva da qualidade, que buscam apreender a experiência vivencial de usuários, técnicos ou gestores de saúde, caracterizam avaliações qualitativas de programas.

DONABEDIAN³⁵ é o autor mais importante ao se pensar em avaliações de qualidade e seu referencial teórico está inserido nas bases da linha de pesquisa Qualiaids, assim como neste estudo avaliativo. Para este autor, a qualidade é vista, com frequência, como o aspecto central a ser considerado para avaliação em saúde, e em 1980 propôs uma tríade de abordagens possíveis em avaliação em saúde - de estrutura, processo e resultados. Estrutura corresponderia aos instrumentos, condições físicas e recursos disponíveis. Processo seria o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes. Resultados seriam os efeitos no estado de saúde dos pacientes, atribuíveis à boa conjunção entre os recursos e os processos de trabalho.

Posteriormente DONABEDIAN critica seu próprio modelo, alertando para o fato do mesmo ser uma versão simplificada da realidade, e em 1990 passa a considerar a qualidade um fenômeno complexo com vários componentes e com uma dimensão subjetiva a ser também valorizada. Este autor definiu, então, qualidade a partir de sete atributos ou os “sete pilares de qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade³⁵.

Assim, eficácia refere-se à capacidade da ciência em promover saúde e bem estar, sendo geralmente estabelecida através de ensaios clínicos controlados. Efetividade é o grau de melhoria na saúde alcançado, ou possível de ser alcançado, nas condições da prática diária. Eficiência é a capacidade de oferecer as melhores tecnologias ao mais baixo custo. Otimização relaciona os efeitos do cuidado aos custos, considerando que, a partir de certo ponto, o equilíbrio entre custos e benefícios torna-se

adverso. Aceitabilidade refere-se à adaptação do cuidado às expectativas e valores dos usuários. Acessibilidade é a obtenção do cuidado de forma conveniente, sempre e quando necessário. Legitimidade inclui, além da preocupação com o indivíduo, a responsabilidade pelo bem estar da comunidade, considerando que, em alguns casos, o que a sociedade considera como sendo o cuidado ideal à saúde pode diferir do que o indivíduo considera como desejável, e vice-versa. Equidade é o princípio que define o que é justo na distribuição do cuidado e seus benefícios entre os membros da comunidade.

VUORI, em 1988, propõe a avaliação da qualidade de serviços de saúde baseada em aspectos de efetividade, eficácia, eficiência, aceitabilidade, acessibilidade, equidade, adequação e qualidade técnico-científica. Para este autor,

*“a adoção de critérios de priorização ao nível da prática da saúde faz com que a abordagem tradicional mais específica, de qualidade técnica-científica, seja postergada em favor de objetivos mais abrangentes dirigidos para questões de efetividade, eficiência, equidade e acessibilidade.”*³⁶

É necessário, ainda, considerar a importância da subjetividade implícita ao processo de avaliar. Avaliações objetivas de serviços de saúde devem ser preferencialmente complementadas com estudos qualitativos, onde se aborda a subjetividade que habita o espaço das vivências, emoções e sentimentos dos diversos atores envolvidos. Citando PATTON, apud UCHIMURA, 2002³³, *“quality has to do with nuance, with detail, with the subtle and unique things that make a difference beyond the points on a standardized scale.”*

A assistência ao portador de HIV/Aids no Brasil constitui uma atividade programática. Um “programa de saúde” constitui uma intervenção, e como tal pode ser definido como um conjunto de ações planejadas para atingir objetivos específicos em uma população alvo, em um determinado contexto temporal, político e sócio-econômico⁸.

NEMES, 1996, apud CASTANHEIRA³⁷, caracterizou os três eixos analíticos do trabalho programático:

A priorização, *“plano da realidade tecnológica em que se define e delimita um projeto para o agir profissional em potência, mediante a construção de uma projeção de intervenção sobre objetos dados. A priorização estará presente no “interior técnico” do trabalho por meio dos instrumentos de trabalho adequados para o recorte de objeto escolhido, o que implica pensar*

*não apenas a eleição dos instrumentos, mas, a articulação e hierarquização entre eles, de modo a dar instrumentos para a escolha realizada, criando, assim, uma específica normatização. Se esses dois eixos - a priorização e a **normatização** - podem ser vistos como os que configuram situações potenciais de trabalho, lembremos que os instrumentos de trabalho são o meio pelo qual os agentes empregam sua energia física e mental na direção de um produto visado que é, ao mesmo tempo, fruto da qualidade do objeto e da finalidade do trabalho. Ambos estarão presentes no produto que o agente quer obter do trabalho e que se objetiva, durante o processo de trabalho, em regras de conduta para o agente e, após o processo, em categorias de julgamento acerca do andamento do trabalho, isto é, em **padrões de atuação**. Pode-se dizer que este eixo, então, vem realizar o exercício da profissão por ser o projeto do ser trabalhador em dada situação de trabalho, ou, o projeto do agir profissional.”*

37

A partir deste conceito, NEMES propõe um quadro de categorias avaliativas referenciais que procuram abranger os vários momentos do processo de trabalho programático e são¹¹:

Clareza na priorização: capacidade do trabalho de operacionalizar as finalidades eleitas no plano discursivo do programa, ou seja, eleger adequadamente os alvos das ações. Refere-se às “grandes definições” do processo de trabalho considerando os objetos individuais e os coletivos.

Acessibilidade dos alvos: capacidade do trabalho de organizar conjuntos tecnológicos que atinjam adequadamente os alvos. Relaciona-se aos conjuntos tecnológicos de processos simultâneos e hierarquizados no interior da assistência. Refere-se à adequação do desenho geral do fluxograma assistencial, que compreende desde a captação e recepção de usuários até o “final” da assistência.

Especificidade na apreensão e manipulação dos objetos: capacidade dos instrumentos de trabalho de, operarem mediante saberes coerentes com as características específicas e a diversidade dos alvos. Refere-se à diversidade de atividades profissionais, como, por exemplo, abordagens clínicas e psicológicas do mesmo objeto e à realização de atividades específicas do programa.

Acoplamento amarrado de atividades: capacidade de articular de modo coerente e sinérgico os diferentes instrumentos de trabalho, isto é, operar

articuladamente as diversas abordagens dos alvos do trabalho. Refere-se à operação simultânea das diferentes atividades profissionais que compõem o programa.

Coerência dos padrões de julgamento e avaliação: capacidade de estabelecer padrões de atuação dos diversos agentes com a apreensão dos objetos de trabalho, ou seja, operar com normas de ação profissional homogêneas e coerentes entre os vários agentes.

Compreensão, aceitação e adesão dos agentes: capacidade dos agentes operarem as normas éticas e técnicas do trabalho na ação profissional utilizando os princípios normativos éticos e técnicos, como orientadores da ação. Refere-se ao exercício profissional concreto e autônomo de cada profissional.

Efetividade comunicacional dos encontros assistenciais: capacidade dos diversos tipos de encontro assistencial em dialogarem com cada um dos indivíduos ou grupos-alvo das ações. Refere-se ao momento “final” do trabalho, o encontro com o usuário.

As pesquisas avaliativas que vêm sendo realizadas em parceria pela equipe Qualiaids e Ministério da Saúde são baseadas no plano ético-normativo proposto pelo Programa Nacional de DST/Aids e no referencial teórico descrito, que orienta o estabelecimento de normas, critérios, indicadores e padrões, tanto para as abordagens quantitativas quanto para as qualitativas.

A avaliação realizada no presente estudo será guiada pelo mesmo quadro referencial teórico da linha avaliativa mencionada, valorando positivamente as características do trabalho que se aproximam da diretriz programática. As unidades de análise para o estudo de caso foram serviços selecionados de acordo com sua pontuação no Qualiaids 2010.

A teoria do Programa de DST/Aids, especificamente do seu componente Assistência, embasou todos os estudos da linha Qualiaids de pesquisa e é também a base deste estudo, sendo descrita a seguir.

4- A assistência ao portador de DST/aids nos serviços ambulatoriais do SUS

A Teoria do Programa

Apresentar e discutir a teoria de um programa é o que permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados. CHEN³⁸ define teoria como um conjunto inter-relacionado de pressupostos, princípios ou proposições para guiar as ações sociais, ou seja, a teoria do programa deve explicitar tudo o que deve ser feito para alcançar os objetivos desejados. Este autor ainda distingue as teorias causais, que teriam como objetivo explicar as relações entre a intervenção, implantação e resultados, daquelas teorias normativas que procuram definir como devem ser as intervenções, processo de implementação do programa e resultados. A teoria do programa deve, portanto, servir de base para o desenvolvimento das práticas.

A intervenção a ser avaliada é a assistência ambulatorial ao portador do HIV, que se caracteriza por constituir uma ação programática, ou seja, além de estar integrada às demais ações do Programa, tem como objetivo tornar efetivas as proposições programáticas do mesmo. Quanto mais coerentes forem as ações da assistência com a proposta programática, melhor a qualidade da assistência prestada e, conseqüentemente, melhor a qualidade de vida dessas pessoas e maior sua sobrevivência, principais finalidades do Programa.

O Programa Nacional de DST/Aids, desde seus primórdios na década de 80, teve características distintas dos programas vigentes à época, mais voltados para controle sanitário e conceitos de saúde coletiva. Diferentemente dos Programas de hanseníase ou tuberculose, onde o atendimento e o cuidado individual dos pacientes tinham como objetivo principal o controle epidemiológico, a assistência no Programa de DST/Aids foi desde o princípio uma ação programática com princípios éticos bem explicitados.

As principais características do Programa³⁷, que persistem até hoje, foram:

- Incorporou nas suas diretrizes e princípios valores como individualidade, direitos humanos, sigilo e confidencialidade, e envolveu ativamente a sociedade civil na construção da política de saúde;
- O direito à cidadania e o acesso universal ao tratamento foram, e continuam sendo, amplamente divulgados como princípios programáticos;

- Assumiu uma configuração centralizada no que se refere à definição de normas técnica e diretrizes políticas e éticas, mas ao mesmo tempo estabeleceu um processo ativo de descentralização das ações;

- Buscou a interação com organismos internacionais desde sua emergência;

- Passou a adotar, a partir de 1991, uma política de garantia de acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais, que começavam a surgir naquela época.

Assim, a assistência ambulatorial como prática programática constituiu-se uma proposição não hegemônica enquanto modelo assistencial, considerando “hegemônico” o modelo dos ambulatórios de especialidades então vigentes, centrado na assistência médica individual e no trabalho do profissional médico. Os princípios éticos do Programa foram traduzidos para a área da assistência por diretrizes técnicas específicas e inovadoras, entre elas: acolhimento do paciente, aconselhamento pré e pós-teste, grupos de adesão a terapia e atendimento por equipes multiprofissionais. Entretanto, pode-se perceber ainda hoje na prática assistencial dos ambulatórios de DST/Aids um conflito entre os dois modelos, como relata CASTANHEIRA:

*“É no espaço das práticas assistenciais, nos ambulatórios especializados, que emergem tensões relativas às contradições entre a reprodução do modelo hegemônico e o desenvolvimento de ações coerentes com os compromissos éticos e políticos assumidos pelo programa.”*³⁷

Os princípios e diretrizes do Programa foram utilizados na pesquisa Qualiaids 2007 para estratificar os serviços em seis estratos de qualidade. Estes princípios encontram-se no Guia Qualiaids¹ e servem de base para as recomendações de boas práticas ali incluídas. São eles:

- Sigilo sobre o diagnóstico e o respeito pela individualidade dos usuários;

- Condições adequadas de acessibilidade física e funcional ao serviço;

- Condições adequadas de biossegurança para profissionais e usuários;

- Disponibilidade de recursos humanos e insumos necessários que permitam que as atividades de diagnóstico e terapêuticas ocorram de acordo com as normas técnicas do Programa e das evidências médicas;

- Acesso regular a médicos e outros profissionais de saúde não médicos (enfermeiros, assistentes sociais, dentistas e psicólogos);

- Organização do processo da assistência de modo a garantir acesso pronto a alvos prioritários, como pacientes com urgências clínicas, pacientes novos, pacientes faltosos ao seguimento, gestantes e parceiros;

- Organização do processo da assistência de modo a promover vínculo profissional-usuário;
- Organização do processo da assistência de modo a promover adesão ao tratamento;
- Oferta de insumos e atividades regulares de orientação para a prevenção da transmissão do vírus e orientação para a vida reprodutiva;
- Oferta de atividades regulares de orientação sobre direitos sociais;
- Oferta de atividades regulares de orientação sobre medicamentos para a melhoria da adesão;
- Organização das atividades da equipe multiprofissional de modo integrado;
- Utilização de registros padronizados que permitam monitoramento regular, bem como a comunicação padronizada entre os profissionais;
- Atualização profissional para capacitação e formação continuada;
- Existência de canais regulares de discussão sobre o trabalho entre os profissionais;
- Monitoramento e avaliação rotineiros das atividades;
- Formas regulares de diálogo e participação com usuários e sociedade civil.

Os serviços que atendem PVHIV se orientam por estes princípios e diretrizes e pelas normativas do Programa, mas são tecnicamente vinculados as Coordenações Estaduais e Municipais de DST/Aids. São fortemente influenciados pelo contexto local, pelo tipo de instituição na qual estão inseridos e pelo processo de gestão nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

As figuras dos Coordenadores Estadual e Municipal de DST/Aids surgiram com a estratégia de descentralização da assistência ao iniciarem-se os repasses de recursos. Entre as atribuições usuais que se espera desse coordenador estão: 1) coordenar o processo de elaboração do Plano de Ações e Metas do Programa, o que define a alocação dos recursos do incentivo; 2) fazer a interface entre o Departamento, as Secretarias Estaduais e Municipais e os serviços ambulatoriais; 3) coordenar as ações de prevenção do HIV e das doenças sexualmente transmissíveis devendo ter como foco em especial as populações mais vulneráveis (HSH, profissionais do sexo, usuários de drogas e outros); 4) fazer o apoio logístico aos serviços ambulatoriais, facilitando processos de trabalho e zelando pela disponibilidade dos recursos e medicamentos, buscando a qualidade no atendimento; 5) fazer a interface com a

Sociedade Civil Organizada. Além destas, outras funções diversas são assumidas pelos coordenadores, dependendo das características do estado ou município.

Para o Programa, o desempenho do gerente do serviço é determinante para o bom desenvolvimento do trabalho, o que se reflete na relevância dada pelas avaliações Qualiaids ao aspecto do gerenciamento técnico do trabalho. Além de funções administrativas, como o monitoramento dos insumos, o agendamento de pacientes e organização dos registros, deve ter capacitação técnica suficiente para criticar o processo de trabalho da equipe, propondo melhorias. Desta forma, espera-se que ele propicie as reuniões técnicas, supervisões e capacitações dos profissionais, acompanhe os resultados do trabalho da equipe através do controle das faltas às consultas, abandonos e resultados de exames como CD4 e CV, assim como esteja atento às reclamações ou sugestões dos usuários do serviço¹². É, portanto, a pessoa responsável pela rotina da organização da assistência e pela manutenção de todos os insumos para prevenção, diagnóstico e tratamento. Também as atividades de planejamento, monitoramento e avaliação devem ser lideradas pelo gerente do serviço. A função de gerente é normalmente exercida pelo enfermeiro ou outro profissional da equipe, ou mesmo pelo próprio coordenador de DST/Aids do município.

Os componentes técnicos do Programa devem ser articulados pela organização da assistência. Desta forma, preconiza-se a implantação de ações para promoção da adesão à terapia, reuniões regulares da equipe multiprofissional, marcação de consultas com agendamento, priorização e controle dos faltosos, atividades de sala de espera, atendimento dos extras, entre outros.

Os serviços ambulatoriais oferecem diferentes níveis de complexidade da assistência e apenas alguns poucos constituem grandes centros de referência e treinamento, com grande número de pacientes e equipes profissionais estendidas. No início da sua implantação, na década de 90, a orientação foi para que fossem implantados em unidades de saúde pré-existentes que estabelecessem suas retaguardas laboratoriais e os fluxos de referência e contrarreferência com as Unidades Básicas de Saúde¹¹.

O principal fundamento, no que se refere à assistência, é o acesso universal ao tratamento. O acesso aos medicamentos antirretrovirais foi garantido por lei a partir de 1996 e sua distribuição é efetuada para todos os estados e desses aos serviços. As recomendações para o tratamento são divulgadas por diretrizes clínicas elaboradas por comitê de especialistas e em medicina baseada em evidências²⁵. Estas recomendações para a terapia antirretroviral de adultos, crianças, adolescentes e gestantes são

regularmente atualizadas e buscam manter a qualidade no atendimento médico e a sustentabilidade do Programa.

A equipe multiprofissional no Programa é constituída basicamente pelo gerente, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos¹¹. O trabalho em equipe deve ser articulado e integrado, valorizando-se a rotina de reuniões interdisciplinares e de supervisões. O acolhimento ao paciente novo apresenta características programáticas importantes e deve ser feito de preferência por profissional treinado. Da mesma forma, as práticas de aconselhamento devem se desenvolver de modo a orientar o paciente quanto ao teste e seus possíveis resultados e quanto aos encaminhamentos necessários. Preconiza-se que o atendimento de todos os pacientes não agendados seja feito por profissional de nível superior, se a consulta médica não puder acontecer no mesmo dia.

O fluxo para outras especialidades, como ginecologia, pediatria, neurologia e outras, deve ser claro e funcional. Idealmente deve haver um gerente em horário integral e capacitado para o gerenciamento técnico programático do serviço. A administração do serviço pode ser municipal ou estadual, e a presença e competência do gerente são determinantes para a organização da assistência e efetividade das ações.

Os insumos são todos aqueles necessários para abordagem de promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento integral das PVHIV. Inclui, portanto, medicamentos antirretrovirais e para infecção oportunista, medicamentos para doenças sexualmente transmissíveis, materiais informativos e preservativos para PVHIV.

A forma como a adesão à terapia é trabalhada no SAE é variável. Preconiza-se a implantação de ações para promoção da adesão à terapia. Uma das estratégias propostas é a formação de grupos de adesão, onde a problemática do viver com aids possa ser amplamente discutida e ações de promoção e prevenção sejam incentivadas. A problemática da adesão à terapia antirretroviral foi abordada detalhadamente no Manual de Adesão do Ministério da Saúde publicado em 2008³⁹. Os critérios de abandono de tratamento foram definidos pelo Ministério da Saúde através da Nota Técnica nº 208/09⁴⁰ que recomenda que os serviços implementem critérios de alerta de má adesão ao tratamento e de definição de casos de abandono. A Nota Técnica estabelece como critério de alerta de má adesão ao tratamento antirretroviral a não retirada de medicamentos após sete dias da data prevista, ou a ausência a consultas agendadas, e como casos de abandono ao tratamento a não retirada de medicamentos a partir de três meses após a data prevista, ou não retorno à consulta após seis meses. Chama atenção, ainda, para que estes critérios sirvam para desencadear estratégias de

abordagem consentida, com prioridade para o restabelecimento do acompanhamento dos pacientes nos serviços.

O papel da Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) é bastante importante, sendo este considerado um dos melhores momentos para se falar sobre a importância da ingestão dos medicamentos, como prescritos pelo médico. Recomenda-se que a UDM esteja dentro do serviço, em sala com infraestrutura adequada para armazenamento de medicamentos, e que o farmacêutico esteja presente no período completo de funcionamento. Em 2009 foi publicado o Manual de Boas Práticas para as Unidades Dispensadoras de Medicamentos⁴¹, que estabelece critérios para funcionamento para as UDM e orientações quanto à promoção da adesão a terapia.

O Guia Qualiaids¹ foi publicado pelo Ministério da Saúde em 2008 e apresenta as normas e critérios de qualidade através de um conjunto de boas práticas para os Serviços Especializados, de acordo com a organização da assistência, disponibilidade de recursos e gerenciamento técnico do trabalho. São feitas recomendações para boas práticas no atendimento no que se refere ao primeiro atendimento, tempo das consultas médicas, atendimento dos não agendados, convocação de faltosos, equipe multiprofissional, aconselhamento pré e pós-teste, adesão, orientação para uso de antirretrovirais, reuniões de equipe, prontuários padronizados, notificação compulsória, capacitação de profissionais, exames laboratoriais, horário de funcionamento do serviço, entre outros.

Desta forma, o Programa desde seu início, tem exercido sua competência no que se refere à elaboração e divulgação de uma gama de normas e diretrizes com o objetivo de tornar tecnicamente homogêneo o trabalho programático e ao mesmo tempo reforçando estimáveis valores sociais no que se refere à luta contra a homofobia e aos direitos sociais das pessoas vivendo com HIV/Aids.

A articulação entre os pressupostos éticos e normativos do Programa acima expostos e o perfil tecnológico encontrado “em campo” pela pesquisa Qualiaids de 1998¹¹, foi utilizada na construção dos parâmetros para as avaliações Qualiaids e também conduziu a metodologia deste estudo, tanto no que se refere aos aspectos da rotina assistencial priorizados na coleta de dados, quanto na análise dos estudos de caso.

5- Metodologia

5.1- Desenho do estudo

O estudo de caso foi a estratégia escolhida para o desenvolvimento desta pesquisa por privilegiar técnicas qualitativas e por ser opção preferencial para análises de implantação⁴². Especificamente neste estudo, foi considerado o potencial em complementar os estudos quantitativos desenvolvidos pelas pesquisas Qualiaids, observando a conformidade das respostas dadas ao questionário em 2010 com os dados coletados através das entrevistas e observação direta, e acrescentando novos dados relativos ao contexto.

YIN, 1984,⁴³ afirma que estudos de caso constituem estratégia preferencial para um projeto de pesquisa quando as questões do estudo referem-se ao “como” e ao “porque”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se dirige a um fenômeno contemporâneo em um contexto natural. Trata-se de investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto. A observação é feita no interior de cada caso e sua potência explicativa decorre, portanto, da profundidade de análise do caso.

Para os estudos de caso devem ser considerados cinco componentes do projeto de pesquisa: 1) as questões do estudo, onde se procura sempre privilegiar o como e o porque; 2) as proposições do estudo, ou hipóteses que direcionam a busca pela essência do que se quer realmente responder; 3) as unidades de análise do estudo de casos; 4) a lógica que une os dados às proposições, atentando-se para a adequação ao padrão; 5) os critérios para interpretação das constatações⁴³.

STAKE, 2000, *apud* ALVES-MAZZOTTI⁴⁴, define como estudo de caso instrumental aquele que poderá facilitar a compreensão de algo mais amplo, uma vez que pode servir para esclarecer determinado assunto ou contestar uma teoria amplamente aceita. Um estudo instrumental estendido a mais de um caso constitui o estudo múltiplo de casos.

Para um estudo de caso com múltiplas unidades de análise o desenvolvimento de uma teoria antes de iniciar a coleta de dados é fundamental, pois é ela que vai subsidiar a generalização analítica. Para este tipo de generalização se utiliza uma teoria previamente desenvolvida como modelo com o qual se devem comparar os resultados empíricos do estudo. As evidências resultantes de estudo de caso múltiplo são geralmente mais convincentes e mais robustas do que as geradas por estudo de caso único⁴³.

5.2- Seleção das unidades e coleta de dados

Para este estudo de caso foram selecionadas: uma unidade onde se desenvolveu o piloto e duas unidades que constituem serviços que acompanham até 100 pacientes e com pontuações diferentes no Qualiaids 2010. Desta forma, trata-se de um estudo de caso múltiplo e contrastante. O estudo piloto foi realizado em um serviço do DF e duas unidades de análise selecionadas foram nos Estados de Minas Gerais e Goiás, atendendo aos critérios de médias Qualiaids diferentes e por conveniência da pesquisadora. Esses serviços obtiveram as pontuações 0.957 e 1.474 na aplicação Qualiaids 2010, o que corresponde aos percentuais 49%, e 75% do padrão ouro. Acompanham respectivamente 73 e 74 pacientes com HIV, constituindo, portanto, serviços de pequeno porte.

Uma terceira unidade foi selecionada, situada no Estado de Rio de Janeiro, onde foi também desenvolvido o estudo de caso, como previsto no protocolo. Esse serviço obteve pontuação de 1.284 no Qualiaids 2010 (65% do padrão ouro) e cumpriu os mesmos critérios das duas outras unidades. Optou-se por não incluí-lo na análise por encontrar-se abaixo do padrão mínimo de qualidade, sem o qual qualquer tentativa de julgamento ou comparação torna-se sem sentido. Entre aspectos do serviço que levaram a sua exclusão: o serviço constitui-se de uma única sala de cerca de 9m² onde funciona, ao mesmo tempo, o consultório, a farmácia e a administração; não há a mínima privacidade no atendimento médico; as consultas se resumem a entrega de ARV, na maioria das vezes para terceiros; o Qualiaids foi preenchido pela coordenadora municipal de DST/Aids, e gerente do serviço, em uma *lan house* no último dia para sua conclusão, com evidentes contrastes nas respostas; os ARV são entregues em envelopes pardos em barracas de açaí e jornaleiros, para preservar a identidade do paciente; o PAM mostra sérias inconsistências com a realidade observada.

A coleta de dados foi realizada em um período de três meses, de maio a julho de 2011, pela própria pesquisadora principal. Buscou-se através do estudo de caso relacionar a qualidade encontrada com o contexto político-organizacional e assim encontrar fatores que possam explicar a qualidade, especificamente no que se refere aos serviços de pequeno porte.

Os serviços foram inicialmente contatados por telefone e mostraram-se receptivos ao estudo. Sendo o Qualiaids um instrumento já de conhecimento da maioria dos serviços ambulatoriais de DST/aids, e como sua última aplicação ocorreu recentemente, em 2010, percebeu-se o interesse em uma abordagem qualitativa do serviço como complementação da aplicação do questionário. O fato de a pesquisadora

estar em atuação como técnica do Departamento de DST/Aids e HV apresentou-se como um fator facilitador para as marcações das visitas e entrevistas.

5.3- Técnicas qualitativas utilizadas

Optou-se por diferentes técnicas de abordagem qualitativa usuais em estudos de caso. São adequadas a uma avaliação de implantação, de forma a que se possa responder ao “como” e ao “porque” levantados pelo estudo. Abordagens qualitativas se afirmam como tal ao valorizar o campo da subjetividade e do simbolismo. Segundo MINAYO, 1993⁴⁵,

“a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza. Ela se envolve com empatia para os motivos, as intenções e projetos dos atores, sem se resumir a uma compreensão introspectiva de si mesmo. Portanto, o objeto das investigações qualitativas são significados, motivações, atitudes, aspirações, crenças e valores, que se expressam na linguagem comum e na vida cotidiana.”

O uso das diferentes técnicas abaixo possibilitou uma triangulação de fontes de dados:

- 1- Entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde dos serviços;
- 2- Entrevistas com gestores (coordenadores municipais e técnicos da diretoria de Vigilância Epidemiológica);
- 3- Análise dos Planos de Ações e Metas dos municípios;
- 4- Observação direta das atividades do serviço;
- 5- Análise de prontuários.

As principais fontes de evidências para um estudo de caso decorrem de entrevistas e observações que podem ser reforçadas por análise de documentos, registros em arquivos e por artefatos físicos ou culturais.

Entrevistas são das mais importantes fontes de informação e seu objetivo principal é a coleta de dados. Para sua maior efetividade, devem ser desenvolvidas de forma espontânea, mesmo que focada nas questões de interesse, e o entrevistado deve sentir-se à vontade para fazer novos comentários sobre as questões. É preciso ter em mente, entretanto, que entrevistas são intervenções que afetam as pessoas. Boas entrevistas revelam pensamentos, sentimentos, conhecimentos e experiências, não somente do entrevistado, mas do entrevistador e momentos de reflexões sobre experiências e processos de trabalho podem ser por si só, transformadores⁴⁶.

Neste estudo, as entrevistas foram orientadas por roteiros semiestruturados, tiveram uma duração média de 40 minutos e foram gravadas e arquivadas em

computador e transcritas literalmente, fazendo parte do banco de dados do presente estudo de caso. Quatro roteiros foram elaborados, especificamente em relação aos profissionais entrevistados: médicos, profissionais técnicos, coordenador municipal de DST/Aids e gestor municipal de saúde (diretor de Vigilância Epidemiológica). (Anexo II)

As entrevistas com o gestor, geralmente o diretor da Vigilância Epidemiológica do município, e o coordenador de DST/Aids, foram marcadas previamente por telefone e realizadas no dia anterior ou posterior à visita ao serviço. As questões foram voltadas principalmente para o contexto político-organizacional do Programa de DST/Aids no município. Discorreram sobre o início da implantação do serviço no município, a interlocução e participação do coordenador municipal e do diretor de Vigilância Epidemiológica no serviço, os momentos políticos de maior relevância para o serviço, a execução do incentivo financeiro do programa, as pactuações e contrapartidas, elaboração do Plano de Ações e Metas e o apoio da Secretaria Municipal de Saúde ao serviço.

As entrevistas com os profissionais de saúde e gerente do SAE foram realizadas geralmente no mesmo dia da observação em horários previamente agendados pelo respectivo profissional ou em horários alternativos, de forma a não causar prejuízo à observação. Foram marcadas com antecedência para evitar atropelos nas agendas, principalmente do médico. Nelas, procurou-se abordar os momentos do processo de trabalho que pudessem revelar uma adequação ou não ao plano normativo e ético do programa. Investigou-se também sobre a receptividade do serviço ao Qualiaids, preenchimento do questionário (Anexo I) e a percepção do profissional sobre o processo avaliativo.

Observações são importantes fontes de evidências, e dependem de um adequado treinamento do pesquisador para um bom desempenho. A finalidade de toda observação em pesquisa é resultar em uma boa descrição do objeto observado. É preciso sempre considerar que uma observação nunca é passiva e sempre se molda pelo processo interpretativo do observador. Desta forma, FOUREZ, em “A Construção das Ciências”, procura desmistificar a isenção do pesquisador:

“Para observar é preciso sempre relacionar aquilo que se vê com noções que já se possuía anteriormente. Uma observação é uma interpretação. Falar de um sujeito de observação como puramente individual é uma ficção. Os observadores em carne e osso não estão jamais sós, mas sempre pré-habitados por toda uma cultura e uma língua. E quando se trata de uma observação

*científica, é a coletividade científica que habita os processos de observação. A observação é uma construção social relativa a uma cultura e aos seus projetos. Uma noção de observação completa evidentemente não tem sentido algum, uma vez que observar é sempre selecionar, estruturar e, portanto, abandonar o que não se utiliza.”*⁴⁷

As observações foram feitas em um período completo de um dia de trabalho da equipe, incluindo a chegada dos pacientes na recepção, seu acolhimento, primeiro atendimento e encaminhamento para exames e para o consultório médico, a consulta com o médico, coleta de exames, atendimento na farmácia e orientações pós-consulta. Muitas vezes durante a observação, conversas com a equipe forneceram informações complementares sobre o processo de trabalho e sobre sentimentos e dificuldades pessoais dos profissionais de saúde inseridos no Programa de DST/Aids.

Tanto nas entrevistas, como nas observações, não houve a pretensão de se estabelecer um isolamento ou um distanciamento entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa, considerando que uma observação nunca é um ato puramente passivo e que entrevistas também não são isentas de conteúdos pré - existentes. Entretanto, procurou-se manter isenção mínima e um distanciamento necessário para que as entrevistas pudessem fluir expondo conteúdos intelectuais, afetivos e emocionais do entrevistado, procurando-se evitar que houvesse uma interferência excessiva da posição ocupada pela pesquisadora no Departamento de DST/Aids e HV e sua experiência prévia em serviços.

A análise dos prontuários foi realizada sendo selecionados cinco prontuários de cada serviço, aleatoriamente, pelo responsável pelo arquivamento dos prontuários, ou pela própria pesquisadora. Esses prontuários foram analisados segundo sua completude, acessibilidade à equipe de saúde, as anotações dos diversos profissionais, preenchimento dos dados do paciente e disponibilidade dos resultados de exames.

5.3- A qualidade de um estudo de caso

No método desta pesquisa procurou-se contemplar ainda aspectos importantes para o julgamento da qualidade de um estudo de caso: 1) a validade do constructo pode ser alcançada ao recorrer-se a múltiplas fontes de dados, procurando verificar se há convergência das mesmas ao se medir um mesmo conceito; 2) a validade interna de um estudo de caso depende da qualidade e da complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo e a adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico. Portanto, é o grau de conformidade entre um conjunto de proposições teóricas e a realidade empírica observada que permite julgar o valor explicativo do estudo; 3) a

validade externa do estudo de caso se baseia em projetos de casos múltiplos, sendo bastante improvável nos estudos de caso único e visa a uma generalização analítica, fundamentada no confronto entre a configuração dos casos a uma teoria em particular. Não podemos falar em generalização estatística em estudos de caso, pois não são apoiados em uma lógica de amostragem; 4) confiabilidade, significa demonstrar que as operações de um estudo, como o procedimento da coleta de dados, pode ser repetido, apresentando os mesmos resultados⁴³. Citando YIN, *“A maneira de se aproximar do problema da confiabilidade é tornar as etapas do processo as mais operacionais possíveis e conduzir a pesquisa como se alguém estivesse sempre olhando por cima do seu ombro.”*⁴³

5.4 - O caso piloto

O caso piloto foi realizado no mês de março de 2011 em um serviço de DST/Aids do Distrito Federal inserido em uma Unidade Básica de Saúde do SUS. O SAE foi escolhido por ser de pequeno porte, com perfil que se aproxima ao das unidades de análise selecionadas. Acompanha um pouco mais de 100 pacientes e tem 75 pacientes cadastrados no SICLOM. Foram feitas entrevistas com a diretora de Vigilância Epidemiológica e com técnicos da Coordenação de DST/Aids. No serviço foram entrevistadas a enfermeira responsável pela gerência e a infectologista. A observação das atividades foi feita no período de um dia de trabalho, quando foi possível obter informações de outros profissionais do Programa. O estudo piloto possibilitou a identificação de fatores a serem revistos ou incorporados ao desenvolver-se o estudo de caso nas unidades de análise escolhidas. A partir dele, o roteiro de entrevista foi revisto buscando um maior detalhamento das informações, com priorização das descrições do processo de trabalho e do contexto político-organizacional. Maior relevância foi dada também à história profissional dos entrevistados, assim como ao início do programa no município e a implantação do serviço. Possibilitou ainda o treinamento da pesquisadora em técnicas qualitativas e nas transcrições das fitas. Foram testados os instrumentos de coleta de dados. As entrevistas foram gravadas e possíveis problemas operacionais e imprevistos referentes às gravações foram identificados, no sentido de serem evitados durante a coleta de dados. A estimativa de tempo necessário para um estudo em profundidade das atividades de um serviço de pequeno porte foi ajustada, sendo então estabelecido um mínimo de um dia e meio para o estudo, com aproximadamente 40 minutos para cada entrevista.

5.5- Análise

Análise dos casos foi feita em duas etapas.

A primeira etapa deu-se em cortes verticais, quando dados das duas unidades do estudo foram analisados buscando-se esgotar as informações do ponto de vista descritivo dentro de um mesmo caso, comparando as fontes de dados utilizadas e as respostas ao Qualiaids 2010 da seguinte forma:

- 1-Análise descritiva segundo os roteiros pré-estabelecidos.
- 2-Análise comparativa de acordo com indicadores do Qualiaids observando-se a completude, as diferenças e as semelhanças entre as fontes de dados.
- 3-Identificação das inconsistências entre os dados coletados nas entrevistas, observações e prontuários e as respostas dadas ao questionário em 2010, procurando fatores explicativos.
- 4-Análise das ações programáticas de acordo com sua proximidade ao plano ético-normativo do Programa.

As respostas dos serviços ao Qualiaids 2010 foram resgatadas uma a uma do banco de dados bruto no Departamento de DST/Aids e HV e marcadas no questionário para cada um dos serviços, procedendo-se a partir daí à análise dos dados das diversas fontes.

As categorias priorizadas para a coleta de dados e análise do estudo de caso foram as mesmas utilizadas nas pesquisas Qualiaids para a definição de critérios e construção de indicadores.

Assim, serão analisados os aspectos abordados no questionário Qualiaids quanto a: a) disponibilidade de recursos e infraestrutura: infraestrutura, acesso, recursos humanos, medicamentos, exames e referências; b) organização da assistência: orientações e aconselhamento, organização geral do trabalho, acolhimento, organização da rotina de enfermagem, organização e rotina da assistência médica, organização e rotina de outros profissionais, organização geral do trabalho, atividades específicas de adesão; c) gerenciamento técnico do trabalho: registros, avaliação, monitoramento e planejamento, atualização de profissionais, coordenação do trabalho, comunicação e interação entre serviços, usuários e comunidades.

Foram analisados, também, aspectos relativos ao contexto político-organizacional passíveis de influenciar no desempenho dos serviços: características do município e tempo de inclusão na política do incentivo, relacionando com a implantação do SAE; características do serviço; elaboração do PAM e metas relacionadas à assistência; apoio da Secretaria Municipal ao Programa.

O Plano de Ações e Metas dos municípios foi analisado buscando-se constatar sua adequação às orientações programáticas e a priorização de ações referentes à assistência, relacionando com os dados coletados nas entrevistas e observações.

Em uma segunda etapa, a análise procedeu-se através de uma leitura horizontal comparativa das unidades do estudo no que se refere aos aspectos avaliados, identificando e relacionando as características dos contextos nos municípios. Desta forma, cada um dos componentes da assistência aqui abordados - disponibilidade de recursos, organização da assistência e gerenciamento técnico- assim como as características do contexto, foi analisado comparativamente nos serviços e municípios correspondentes, procurando identificar semelhanças e diferenças, assim como outras possíveis categorias emergentes da leitura.

Foram analisadas também as ações programáticas nos serviços de saúde e sua aproximação com o plano ético-político do Programa, de acordo com as categorias avaliativas propostas por NEMES para avaliação do trabalho programático ¹¹.

6- Resultados

6.1- O Programa de DST/Aids em um município de Minas Gerais

6.1.1- O contexto de implantação do Programa de DST/Aids: um breve histórico e o Plano de Ações e Metas.

O serviço situa-se em um município de porte médio, sendo a maioria da população urbana e cerca de 90% tem acesso a abastecimento de água e instalações sanitárias⁴⁸. O IDH do município é de 0.669⁴⁹. No perfil do município apresentado no PAM é descrito o grande número de usuários de drogas, principalmente crack e álcool, e a existência de um presídio com 100 detentos. No PAM 2011 está relatado ainda, como característica do município, uma população flutuante importante devido ao turismo. Relata 15 UBS, sete PSF, uma UPA e o Centro de Especialidades, além do Hospital Municipal. A incidência dos casos de aids no município em 2009 foi de 11.8/100.000 habitantes⁴⁸.

O município começou a receber recursos federais em 2003 com a Portaria Ministerial nº 2313 de 19 de dezembro de 2002, quando o Ministério da Saúde iniciou o processo de repasse fundo a fundo do incentivo financeiro para os Programas de DST/Aids em municípios prioritários. A seleção dos municípios foi feita segundo critérios epidemiológicos e visando o incentivo a ações de prevenção e assistência. O município foi habilitado com o valor de R\$75.000,00 anuais em três parcelas, tendo recebido até esta data o montante acumulado de R\$600.000,00. Atualmente, tem em conta R\$100.900,00 sem serem executados¹⁰. A execução financeira do recurso tem sido motivo de discussões entre o coordenador municipal e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde.

O coordenador participou do início da implantação do Programa no município, é ativista do movimento social (ONG Aids) e participante de congressos e outros eventos relacionados com a temática da Aids: *“Eu estava no movimento ONG-Aids. A gente tomou o conceito de cidadania no SUS relacionado à DST/aids, isto foi em 99. Em 2000 precisamente eu já estava articulando o conselho de assistência social, fui até presidente do conselho de saúde como usuário.”* (coordenador)

Apesar do repasse de recursos, de 2003 a 2008 não houve implantação do SAE. Os entrevistados não esclareceram exatamente o que ocorreu nessa época que impediu a implantação do serviço, mas referem-se às dificuldades políticas no município e entraves burocráticos relacionados ao orçamento e à gestão municipal:

“Em 2002 eu apresentei para o prefeito na época um projeto. ‘Estou sabendo que vem um recurso do Banco Mundial’. Apresentei a proposta para o prefeito, que me acatou, me deu o amparo social que eu não tinha, o salário, e aí nós partimos, junto com a coordenação estadual, para efetivamente elaborarmos o projeto. Mandamos os casos daqui para BH até o serviço sair, tinha o ambulatório de especialidades e eu falei para o prefeito ‘nos vamos montar o serviço de DST/Aids dentro do ambulatório de especialidades para que ninguém no município saiba aonde estão cuidando de quem.’ É um centro de especialidades, tem todas as especialidades. O recurso que veio para montar o serviço foi através do incentivo de 2003 das portarias 2313 e 2314. Planejamos dentro daquele local a aquisição dos equipamentos e a implantação do serviço. O que fizemos de fato no final do mandato do então prefeito. Posteriormente ficamos desarmados, eu fiquei quatro anos fora, os equipamentos que nós compramos não tinham sido patrimoniados, foram para todo lugar e nós ficamos sem eles. Aí nós conseguimos só em 2007 e 2008 quando foi realmente implantado o serviço. Nós retomamos com o mandato do novo prefeito.”(coordenador)

No final de 2003 o coordenador saiu, houve uma mudança política na prefeitura, e daí até 2007, o que tinha sido inicialmente comprado para o serviço foi “pulverizado”, como relatado: *“Eu tive uma depressão por causa disso no final de 2003 até 2007. Fiquei afastado. Em 2007/8 nós voltamos. O sentimento que nós tivemos por toda esta interrupção. Eu acredito que agora vai, mas eu tenho medo é depois. Antes de 2007 ainda não tinha sido implantado o serviço. O programa ficou sem implantar esse tempo todo. Estávamos esperando o SAE. Chegamos a comprar os equipamentos que precisávamos, mas o equipamento foi pulverizado.”* (coordenador)

Segundo o relato da diretora de Vigilância Epidemiológica aquela gestão não considerou a aids um problema para o município, por achar que precisava fazer outras coisas para mais pessoas. *“É isto que eu ouvia, não é prioridade, ‘a gente tem que fazer coisas para mais pessoas’, e eu tento implantar desde aquela época. De 2003 a 2007/8 pouco foi executado do recurso. ”Tivemos um problema com a dotação orçamentária, foi um problema grave. O município não arrecada o quantitativo. O dinheiro poderia estar sendo gasto com outras coisas, mesmo porque, tem o preservativo da Aids, mas tem o preservativo da Saúde da Mulher também, e algumas pessoas do faturamento não conseguiam gastar de acordo com cada Programa. Muitas vezes a gente fazia as coisas, oferecia o serviço, oferecia o insumo, mas não gastava o dinheiro da Aids. Para o Ministério da Saúde não fazíamos nada porque não conseguíamos utilizar o recurso. Na verdade, a gente percebe o seguinte: tem que ter vontade política para as*

coisas acontecerem. Hoje temos muito mais apoio, os gestores já têm uma visão diferenciada.” (diretora)

Apesar de relatar apoio da atual gestão, a diretora de Vigilância tem dificuldades para contratação de profissionais para o serviço, uma vez que estes não podem ser pagos através da portaria 2313, devendo fazer parte da contrapartida do município: *“Se a gente pudesse fazer pagamento de RH com esse recurso seria muito bom.”* (diretora) Este aspecto foi também identificado na resposta ao questionário Qualiaids em 2010, tendo sido apontado como a principal dificuldade gerencial nos últimos seis meses (questão 101).

Segundo o coordenador o montante de recursos em conta bancária é mais de R\$400.000,00, previstos no PAM de 2011: *“Agora nós temos esse valor que eu fechei em 2011, mais de quatrocentos mil sem executar. Agora nós estamos aplicando o recurso com aquela qualidade que é peculiar da portaria.”* (coordenador)

Em 2008 a mudança política com a entrada do novo prefeito deu um impulso ao serviço. Iniciou-se o processo de formação da equipe com a chegada da assistente social e o Programa sentiu-se institucionalmente apoiado: *“Quando eu cheguei aqui estava tudo praticamente fechado, só o médico atendia. Foi há três anos. Tive que começar do zero, praticamente sozinha, pegar e organizar todos os prontuários. Estava tudo solto. Para saber a relação de todo mundo. Fui conhecendo paciente por paciente, organizando. Fui até as residências de muitos. E comecei o acompanhamento assim. Depois veio a psicóloga. Para ela foi mais fácil porque eu repassei muita coisa. O que eu preciso da SMS eu tenho. Às vezes é porque não dá mesmo. Mas qualquer coisa que eu preciso posso falar direto com o secretário, mesmo quando o coordenador não está aqui. Depois falamos com ele. Não estamos passando por cima, tem situações que não dá para esperar.”* (assistente social)

Com a chegada da assistente social, da psicóloga e a volta do coordenador, o serviço começou realmente a funcionar de acordo com as diretrizes do Programa Nacional de DST/Aids.

O total do PAM 2011, incluindo a contrapartida, saldos de aplicações financeiras e saldo de recursos do PAM anterior, é de aproximadamente R\$ 450.000,00. Do total de R\$80.000,00 alocados na área de Assistência, R\$40.000,00 referem-se à compra de um veículo para o Programa, R\$25.000,00 para compra de cestas básicas, R\$14.000,00 para capacitações e treinamento de profissionais da saúde.

6.1.2- O serviço de assistência especializada

O SAE foi selecionado para o estudo de caso por ser um serviço de pequeno porte com 73 pacientes em acompanhamento e um dos serviços com menor pontuação no Qualiaids 2010, com 0.945, o que o situa nos agrupamentos de qualidade inferior, com 49% do padrão ouro.

Além dos pacientes em acompanhamento no serviço, muitos outros pacientes do município são atendidos em Belo Horizonte: *“Nós temos 73 pacientes hoje em atendimento, 43 em TARV e 29 monitorados com HIV, que não é notificado. Mas nós temos mais de 350 que são acompanhados em BH por opção, que às vezes não conhecem bem o serviço.”* (coordenador)

A diretora de Vigilância reporta preocupação com o provável aumento da demanda: *“Aqui, com o que a gente tem hoje, conseguimos atender todos os pacientes que a gente tem hoje. Mas sabemos que a demanda vai aumentar quando eles voltarem para cá. A gente vai ver a necessidade da demanda reprimida e solicitar contratações. O município é pobre, mas vamos ter que ter condição de fazer esse tipo de mudança.”* Ela se queixa da falta de apoio do Programa Estadual de DST/Aids: *“A coordenação estadual não vem aqui. Outras coordenações vêm sempre, mas a de DST/Aids não vem.”* (diretora)

Em 2007 definiu-se o espaço físico específico para o SAE, que encontra-se inserido dentro de um ambulatório de especialidades. Funciona em um grande e moderno prédio de dois andares, construído por uma grande empresa para atendimento aos seus funcionários e posteriormente cedido para a prefeitura. A construção é espaçosa e bem arejada. Na parte de cima fica a recepção e vários consultórios de especialidades (otorrinolaringologia, ginecologia, odontologia, pneumologia, nutricionista, infectologia e outros). A recepção é comum a todas as especialidades, inclusive para o HIV. O prédio tem uma entrada principal e outra entrada lateral, na parte de baixo, que dá direto no corredor onde fica o ambulatório do infectologista. Alguns pacientes de retorno entram por esta entrada sem passar pela recepção principal ou pela gerência do SAE, quando querem uma consulta extra com o infectologista. Mas de qualquer forma, depois da consulta eles vão até a sala da gerência para os encaminhamentos. O espaço do Programa de DST/Aids se resume a sala da gerência e ao consultório do infectologista. A sala é pequena, com três mesas, cadeiras, computador e um armário com livros, materiais informativos e preservativos (dentro do armário). Nesta sala trabalham a assistente social, a psicóloga e o coordenador do programa. É aí também que os pacientes são acolhidos, sem privacidade, sempre com

peças entrando e saindo. É uma sala administrativa e não um consultório. Desse local elas encaminham o paciente para o infectologista ou para outro atendimento, quando necessário.

Está planejada uma ampliação do espaço físico do SAE, agregando duas grandes salas espaçosas para atividades do CTA e uma sala menor, onde se pretende implantar a farmácia, ampliando o espaço do Programa no ambulatório. Segundo a equipe, o aumento do espaço vai propiciar a formação de grupos e mesmo conversas particulares com o paciente. *“A gente não tem nenhuma privacidade aqui. A gente só fica nesta sala aqui, e para passar o paciente para outro local é meio complicado porque o paciente tem que andar isto tudo aqui. Todo mundo da portaria já sabe que nossos pacientes são especiais, aí todo mundo já cresce o olho, né? Fica aquele preconceito. Então evitamos o máximo passar o paciente para outros locais. É só descer a escada e ir ao consultório do médico.”* (assistente social)

Agora com a mudança nosso trabalho vai começar a estruturar. “Vamos ter aquele espaço, vamos sentir conforto para nós e para o paciente, vamos ter uma sala para fazer grupo de adesão.” (assistente social)

Não foi relatado problema na disponibilidade de preservativos no serviço, embora também não estejam livremente disponíveis para o usuário, sendo fornecidos, se solicitados. Eles ficam guardados dentro de um armário na sala da gerência. O serviço não faz testagem do HIV por falta do insumo. Tanto o teste diagnóstico Elisa, quanto o teste rápido, não estão disponíveis, mesmo no laboratório municipal, sendo feita ali apenas a coleta e depois de até 30 dias a amostra é encaminhada para Belo Horizonte, para o Laboratório Central (LACEN), o que é reconhecido pelos profissionais e gestores como um grande problema para o município: *“Falei com o LACEN para realizar aqui o teste Elisa. O Ministério passaria para os municípios as leitoras. Eles tinham leitoras em comodato que iam passar para a gente, mas não vieram, ficou parado. 40 dias para resultado de Elisa!”* (coordenador) *“A demora de exame diagnóstico é mais de 40 dias. A gente não sabe se é aqui no município ou se é no LACEN o atraso. Eu até acho que é aqui. Demora 40 dias para chegar! A angústia da família, da esposa, entendeu? Até chegar esse resultado é complicado.”* (assistente social)

No município, somente a Santa Casa faz testes diagnósticos para HIV, mas a interlocução com o serviço é fraca, prejudicando a identificação precoce dos casos. Recentemente firmaram uma parceria: *“Fizemos parceria com a Santa Casa, lá eles*

têm o teste, não sei onde conseguiram, ou se estão comprando. Assim a gente consegue saber que tem o paciente HIV positivo, vou atrás dele.” (coordenador)

Resultados de exames de CD4 e Carga Viral são agilizados com a intervenção do médico, entretanto, para outros exames como para hepatites, existem dificuldades: *“O que sinto mais falta são alguns exames laboratoriais, alguns específicos para hepatites ainda tem uma escassez, acaba indo para o hospital de referência em BH e retornam para cá.”* (médico)

Os antirretrovirais, e todos os outros medicamentos do SUS, são distribuídos pelo Estado via correio. As faltas são pontuais, como relatado: *“Falta de medicamento? Houve uma vez que ficamos sem medicamento no final de semana, fiquei muito nervoso, fui procurar saber porque e o estado falou que foi por conta do correio. Eu fui reclamar, ficar sem medicamento por conta de correio?”* (coordenador)
“Até então não tem faltado. Mas qualquer problema o hospital empresta. Eles dão baixa no SICLOM e enviam para cá. Mas não tem tido falta, nem de infecção oportunista.”(médico)

O maior problema, segundo relato dos entrevistados, é a falta da UDM (Unidade Dispensadora de Medicamentos) no serviço, o que causa transtornos de todos os tipos para pacientes e profissionais de saúde. Os pacientes são encaminhados para a farmácia central localizada em uma UBS distante do Centro de Especialidades, o que se torna um problema para os pacientes, como relatado na fala da assistente social e do médico: *“A farmácia não fica aqui, então às vezes a gente tem que fazer serviço que não é nosso mesmo. O paciente vem, consulta, e tem que ir para outra unidade onde tem a farmácia. Aí eu acho que é uma deficiência altíssima, porque não tem consulta com farmacêutico. E tem paciente que não sabe ler, não sabe escrever. É em outro bairro aqui na cidade, eles têm que pegar ônibus porque é longe para você ir a pé. É uma carência altíssima, absurda. É uma farmácia geral, dentro de uma UBS. Ela serve a todo o município. O paciente é atendido lá. Mas tem paciente acamado que é complicado para ir. Muitas vezes eu pego meu carro e vou. Dependendo da situação é difícil. Eles pegam lá os medicamentos, não tem como a gente passar o medicamento aqui, tenho até medo de fazer alguma coisa errada, não é minha área. E às vezes não é só o medicamento, precisam de outros, tem isto também.”* (assistente social)

Para o médico não ter farmácia no serviço é um dos maiores problemas: *“É um grande problema, não ter farmácia aqui. Antigamente tinha medicamentos, mas agora não tem. A farmácia tem que estar no SAE. É o primeiro passo, a farmácia aqui. Até*

mesmo para pós consulta, o paciente ser orientado visualizando o medicamento. Até mesmos para outros medicamentos.” (médico)

A equipe é constituída pelo infectologista, a assistente social, a psicóloga e o coordenador, que é responsável pela gerência do serviço, juntamente com a assistente social, e é o interlocutor com a Secretaria de Saúde. Não há enfermeiro na equipe, o que acaba sobrecarregando a assistente social e a psicóloga: *“Porque muitas vezes a gente acaba sendo enfermeira, auxiliar técnico, auxiliar de enfermagem, várias coisas”*. (assistente social) A enfermeira geral do ambulatório eventualmente atende pacientes do Programa: *“Tem uma enfermeira técnica referência de hanseníase.”* (assistente social)

O paciente é atendido na recepção pela recepcionista do ambulatório, que pega o prontuário e o encaminha para a sala da gerência do programa. Ali a assistente social ou a psicóloga fazem o primeiro atendimento ao paciente, perguntam como o paciente está se sentindo, o motivo da consulta, se está tomando os medicamentos, fazem o cadastramento para receber a cesta de hortifrutigranjeiros e encaminham para o consultório do infectologista.

As marcações de consulta também são feitas pela assistente social e pela psicóloga, pessoalmente ou por telefone: *“As consultas são marcadas por hora. A primeira vez é 1 hora. Retorno é meia hora. Depois das 16 horas é de 15 em 15 minutos. Ele atende também leishmaniose e hanseníase. Coloco esses pacientes mais no final da tarde. Tuberculose, só atendemos os co-infectados, porque temos pneumologista aqui. Então o paciente chega agendado, ele liga para cá, agenda a consulta comigo ou com a psicóloga. A gente acolhe, eu e ela, às vezes juntas, às vezes separadas, dependendo de cada situação. Às vezes a gente faz um grupinho de dois. É muito raro porque não tem espaço. A gente acolhe, ele chega a gente pega o cartão, pega o prontuário, às vezes estudamos o prontuário, eu e ela. Daí cadastramos para receber a cesta de verdura. Ele chega a gente vê como ele está sentindo, se toma os medicamentos, como está o dia a dia dele, as alimentações, depois ele vai para consulta. Perguntamos como é que está o social dele, o pessoal, se tem que fazer algum encaminhamento, se ele foi naquele lugar que gente mandou. Isio é na pré, muitas vezes.”* (assistente social)

As pré e pós-consultas são realizadas na sala da gerência pela assistente e pela psicóloga. Entretanto, o que é relatado como pré-consulta trata-se na maioria das vezes de um primeiro atendimento, desde que os procedimentos técnicos da pré-consulta, como aferição de peso e pressão do paciente e outros, realizados por enfermeira ou

técnica de enfermagem, não são realizados nesse primeiro atendimento, mas pelo próprio médico durante a consulta. *“Não temos enfermeira exclusiva do programa, temos uma enfermeira lá que trabalha para todas as especialidades. Não é vinculada ao Programa”*. (assistente social)

A pós-consulta se resume geralmente aos encaminhamentos necessários: *“O paciente retorna depois da consulta, para ver o que o médico encaminhou e tomamos as providencias. Cada situação é uma. Podemos cadastrar para receber a cesta de verdura. Na pós-consulta ele vem, dependendo do que o médico encaminha a gente esclarece todas as dúvidas que ele tem ou que ele traz lá de fora, pergunta se foi bem atendido, se correspondeu ao que ele queria. Geralmente sai daqui com a marcação da psicóloga para a próxima semana.”* (assistente social)

Não existe aconselhamento pré e pós-teste no serviço, o que é uma preocupação para a equipe: *“Aconselhamento pré e pós-teste, nos preocupa isto, porque hoje, mesmo que negativo eles vão para as UBS, para as 14 UBS. Será que ele foi aconselhado antes do exame, que aconselhamento teve? Será que o profissional que os atendeu teve essa sensibilidade? Porque nós não fizemos treinamento, vamos fazer agora. E se ele está numa latência clínica e não contou para o médico aquela questão? Preocupa a gente.”* (coordenador)

O trabalho da assistente social e da psicóloga é bastante diversificado. As duas dividem o trabalho de rotina no serviço, como a marcação de consultas, agendamento dos pacientes, encaminhamentos para exames e interconsultas, controle e contato com os pacientes faltosos, e outras. Além destas, assumem também outras atividades não rotineiras, como as relatadas pela assistente social: *“Sempre eu e a psicóloga procuramos resolver tudo aqui, nunca tiramos férias juntas, se tem alguma dúvida ligamos uma para outra. Às vezes precisamos da enfermeira e então pedimos socorro.”* *“Chegou um paciente de 27 anos, uns dois meses atrás, muito carente, já estava debilitadíssimo, na cadeira de rodas. Veio a falecer infelizmente, fomos na casa dele esta semana. Não tem água, não tem luz, não tem documento. Fui ao cartório para fazer os documentos, não tinha CPF.”* *“As cestas de verduras a gente tem que carregar.”* *“Quando precisa de especialista ele (médico) me manda a guia, eu ligo para a secretaria de saúde e marco geralmente aqui mesmo.”* *“Às vezes eu fico angustiada porque sei que paciente não vai voltar. Algumas vezes eu mesmo peço medicamentos para o paciente. A gente acaba ficando muito amigo, ri muito.”* *“Gosto muito de trabalhar aqui, não gosto que o paciente fique exposto. Sou muito feliz de trabalhar com eles, eu vejo a necessidade. Para muitos a doença é o caos mesmo. Você*

vê a pessoa chegar à míngua e depois melhorar. Quando você dá uma atenção você percebe que a pessoa melhora. Pouquinha coisa já faz uma diferença.” (assistente social)

Não existem ações organizadas para promoção à adesão a terapia antirretroviral (TARV) no serviço, nem grupos de adesão. *“Grupo de adesão regular, formal, não temos, temos várias ações, reuniões com pacientes, mas grupos formais não.”* (assistente social). Foi possível observar que as ações são feitas individualmente pelo médico durante as consultas. A assistente social também relata que ela e a psicóloga abordam o assunto com frequência nas pós-consultas. *“Quando o paciente chega da consulta a gente vê como ele está sentindo, se toma os medicamentos.”* (assistente social)

Não trabalham com critérios de abandono bem estabelecidos, mas a equipe tem controle dos seus pacientes. Fazem contato quando não comparecem à consulta e controlam também a dispensação de ARV na farmácia, como relatado pela assistente social: *“Eu conheço um por um. Temos 74 pacientes em acompanhamento, a gente dá uma atenção para cada um. Tomando ARV são 43. Tentamos o máximo chegar perto deles, mostrar para eles o outro lado. Tentamos guardar nome. Às vezes, no primeiro contato eles são arredios. A gente tenta não invadir a privacidade. Se eles não vêm à consulta a gente vai atrás deles. Muito difícil ter carro e, às vezes, dependendo da situação eu vou com meu carro, ou pedimos um carro e vamos até a casa do paciente. Lá a gente vê porque ele não veio. A gente tem o termo de consentimento. A gente tem uma relação muito boa com todos. Primeiro eu ligo para saber, dependendo do que está acontecendo, aí a gente vai, ou vou eu ou vai ela, ou as duas juntas. Depois eu pergunto na farmácia se eles realmente foram lá. Peço na farmácia a relação de quem não está buscando medicamento. A farmácia tem o SICLOM. Eles me falam e eu e a psicóloga vamos lá para saber o que está acontecendo.”* (assistente social)

O médico atende somente às sextas feiras, durante todo o dia, o que, segundo a equipe, é suficiente para suprir a demanda. Quando ele chega os pacientes já estão esperando e chegam alguns outros não agendados, que também são atendidos por ele. Não há tumulto na espera porque são agendados por horário: *“Vim para o serviço em 2006. Desde então a gente atende uma primeira consulta por semana. Estou aqui toda sexta o dia todo e toda sexta feira minha agenda está cheia. Temos um bom contato de equipe, a assistente é muito atuante, a psicóloga também. Se tem uma intercorrência elas me ligam. Se precisar marcar consulta fora da sexta, tenho facilidades, no Hospital.”* (médico)

Nos outros dias da semana a assistente social e a psicóloga fazem os atendimentos em separado ou em conjunto: *“Eles vêm automaticamente, mesmo sem consulta eles vêm. Às vezes nem ligam, mas a gente não deixa de atender, sempre ouvimos eles. O dia que eles chegam aqui nós pedimos para esperar se estivermos fazendo alguma coisa, mas nunca voltam sem ser atendidos, ou por mim ou pela psicóloga, ou então pelas duas. A gente também encaminha para outras consultas, que o infectologista manda, é tudo aqui dentro. Encaminhamos para o dentista e outras especialidades. A gente nota que os pacientes gostam daqui, eles têm muita afinidade com a gente, com o serviço. Eles vão a algum lugar e passam aqui antes. Chegam sem marcar consulta. O paciente nunca vai embora, o médico atende os extras. Depois que eu entrei aqui nenhum paciente pediu transferência, pelo contrário. Toda semana vem paciente aqui, tudo de negativo eles vêm aqui, a referência é aqui. Não deu certo alguma consulta ou foi maltratado em algum lugar. Principalmente quando falta cesta.”* (assistente social)

Durante a observação o médico mostrou-se atencioso e cuidadoso. Investiga questões clínicas em geral e algumas questões comportamentais como o uso de preservativos em todos os tipos de relações sexuais. Percebe-se uma preocupação especial com a adesão e com o diagnóstico tardio do HIV: *“Hoje a adesão é um dos maiores desafios, é preciso ganhar a confiança do paciente, daí a importância da equipe multidisciplinar e do apoio que a aids tem do governo municipal, estadual e federal. Uma infelicidade que eu vejo, e vejo que é mundial, é que os pacientes que a gente recebe já são pacientes que descobrem a doença muito sintomáticos, com CD4 muito baixo, desnutridos. Parece que vão implantar o CTA. Acho que com o CTA talvez a gente consiga ter pacientes com uma fase menos avançada da doença.”* (médico)

Durante a consulta, de diferentes maneiras, ele aproveita os vários momentos para incentivar o paciente a manter o tratamento de forma adequada e o orienta em relação ao uso dos antirretrovirais, explicando as consequências de uma má adesão: *“Como está tomando os medicamentos?” “Que horas você toma?” “Não deixe de tomar! O sucesso do tratamento depende disso, você sabe!” “Pode atrasar ou adiantar até umas duas horas, não tem importância, mas tem que tomar.” “Seu peso está ótimo! Isto porque você tem seguido o tratamento! Muito bem!” “Está usando preservativos? Mesmo com sexo oral, tem que usar! Sua carga viral está indetectável, isto é ótimo! “Isto porque você tem seguido bem o tratamento.”* (médico)

Analisa os exames trazidos pelo paciente, faz uma anamnese básica, pergunta se está se sentindo bem com os ARV. Pesa o paciente, mede PA, examina cavidade oral e ouvidos. Não faz um exame clínico completo na consulta de retorno. Faz os encaminhamentos necessários e preenche os formulários do SICLOM para a dispensação. Não questiona sobre estado emocional do paciente nem relacionamentos afetivos. Nesse dia de observação não houve uma primeira consulta.

A única balança está dentro do consultório médico. Os pacientes não são pesados, não tem a pressão aferida antes de entrar no consultório médico e não passam normalmente pela enfermeira do Centro Médico. Esta, embora não faça parte da equipe do Programa, é atenta para o fluxo de pacientes em geral dentro do Centro Médico e pôde-se observar que ela orienta os pacientes do Programa quando estes necessitam de algum auxílio e a assistente social não se encontra por perto.

A assistente social e a psicóloga fazem um trabalho conjunto: *“A gente trabalha muito junto, nós duas. A gente já sabe mais ou menos onde tem que direcionar mais.”* (assistente social) Foi relatado a articulação do médico com estas duas: *“A gente sempre reúne, discute caso a caso, às vezes após a consulta eu levo o paciente até a assistente, a gente discute os casos. Com a psicóloga também discuto, mas sem o paciente, sobre algum tipo de apoio, cesta básica, encaminhamento para a Saúde Mental ou Redução de Danos. Eu acho que a equipe está estável, o que foi um grande avanço, já tem um período que somos a mesma equipe.”* (médico)

O serviço ainda não teve nenhum caso de casais HIV positivo que quisessem engravidar. Segundo relatos da psicóloga, eles são orientados para encaminhar ao médico, que vai orientar o casal quanto ao melhor momento, dependendo da Carga Viral. *“Geralmente o que acontece é que as mulheres já aparecem grávidas aqui, aí nós encaminhamos para o acompanhamento.”* (psicóloga)

Pôde-se perceber que todo o fluxo do trabalho é organizado a partir das orientações e demandas do profissional médico, como nos encaminhamentos para especialistas e nas reuniões para discussão de casos. Existe uma demanda da equipe, principalmente da psicóloga, para que todos possam fazer os encaminhamentos: *“Eu já conversei com o médico, acho que eu também preciso fazer encaminhamentos para interconsultas, independentemente dos dele, mas não aceitaram bem, então os encaminhamentos são feitos por ele.”* (psicóloga)

Dos prontuários analisados pôde-se observar que os registros das consultas médicas são feitos em folhas genericamente padronizadas para estabelecimentos de saúde, com folhas de evolução médica e de enfermagem, resultados de exames,

interconsultas e outras. Não estão em pastas, mas avulsas, presas por cliques ou grampeadas, algumas em condições precárias. Os registros do infectologista são organizados. Ele faz anotações cuidadosas da anamnese e anota o básico das consultas de retorno. Outros especialistas têm registros no mesmo “prontuário”. Ficam todos na recepção junto com os outros prontuários e acessíveis a todos os profissionais. Não há registros de enfermagem, e também se percebe que os únicos resultados de exames disponíveis são de CD4 e CV. Não há outros resultados de exames nos prontuários.

Os registros das consultas com a psicóloga e assistente social são feitos separadamente, em folhas padronizadas, guardadas dentro de envelopes, numa caixa na sala da gerência do programa. A explicação é de que procuram manter o sigilo: *“Os médicos têm prontuário único, com todas as especialidades, mas o meu e da psicóloga são separados, por causa do sigilo, eles ficam numa caixa separados.”* (assistente social)

De acordo com o relatado pelo médico, os encaminhamentos para outras especialidades são feitos sem problemas e sem demora, geralmente para dentro do próprio centro de especialidades que possui vários especialistas, inclusive dentistas e consultório de odontologia bem equipado: *“Aqui tem uma profissional dentista que atende meus pacientes. Nossos pacientes têm atendimento rápido e preferencial, o paciente com dor de dente é atendido na hora. A gente discute muitos casos, é um contato interdisciplinar muito valioso. A odontologia é uma ilha de excelência.”* (médico)

O serviço não oferece outras modalidades assistenciais, mas o Centro Médico serve de apoio para algumas necessidades: *“No Centro Médico tem uma sala para repouso, se precisar de uma infusão de Ganciclovir, ou só para repouso. Até mesmo para cirurgias, tem uma sala.”* (coordenador)

Encaminhamentos para internações e procedimentos são facilitados pela atuação do infectologista junto ao principal hospital de referência para aids e outras doenças infecciosas em BH: *“Tenho facilidades, no hospital, até mesmo algum exame, punção lombar, mielograma. Tenho facilidade de encaminhar para internação.”* *“O que o município oferece, a gente consegue com facilidade, os pacientes têm uma preferência em relação a outros, nossos pacientes não esperam. O problema maior é com especialidades que a gente não tem aqui. Acabo usando muito o hospital de referência quando eu preciso, acabo direcionando internações para lá. Tento fazer que a central de leito mande para lá.”* (médico)

A assistente social faz as marcações: *“Quando precisa de especialista ele (o médico) me manda a guia, eu ligo para a Secretaria de Saúde e marco geralmente aqui mesmo. Outras especialidades que não tem aqui, a gente manda para Belo Horizonte.”*

Não fazem acompanhamento de gestantes no serviço. Todas são referenciadas para BH: *“As grávidas não fazem tratamento aqui, fazem tratamento em Belo Horizonte. Recém-nascidos também são acompanhados em BH, mas eu mesma tenho controle desses pacientes. Tenho um intercâmbio com o SAE de BH, com assistente social de lá, para acompanhamento.”* (assistente social)

“Acho que o serviço era pior, agora é bem divulgado inclusive nas escolas, a gente sempre está presente. Esclarecimento tem, mas tem muita droga aqui na cidade, a gente tem que esclarecer ao máximo. Antigamente não tinha serviço, o pessoal ia para BH, agora a demanda aqui está crescendo. (coordenador)

Não há mecanismos formais para que os usuários do serviço possam fazer reclamações ou sugestões e nem acesso ao Conselho de Saúde. As reclamações e sugestões são feitas diretamente pelos pacientes à assistente social ou à psicóloga.

O serviço oferece cestas de verduras para seus pacientes, o que acaba sendo um atrativo. As cestas são compradas com recursos do incentivo em um total de R\$ 25.900,00 do PAM 2011, aí justificada como *“cestas básicas para ofertar condições mínimas para adesão ao tratamento”*. Todos os pacientes são cadastrados para receber a cesta de verduras.

A equipe reporta uma boa valoração do serviço por parte dos pacientes nas falas da assistente social e do coordenador, que consideram em parte devido ao contato afetivo dos profissionais: *“Mas já tem alguns transferindo para cá descobrindo que o programa tem o perfil que eles querem, de não expor o paciente.”* (coordenador)
“Depois que eu entrei aqui nenhum paciente pediu transferência, pelo contrário. Toda semana vem paciente aqui, tudo de negativo eles vêm aqui, a referência é aqui.” (assistente social)

O serviço não faz normalmente supervisões ou reuniões regulares de equipe, apenas reuniões técnicas informais conforme a necessidade e geralmente a iniciativa parte do médico.

Alguns treinamentos e capacitações estão previstas no PAM 2011. Elas são organizadas pelo coordenador de DST/Aids, que é quem elabora o Plano de Ações e Metas: *“Quando tem algum congresso a gente manda o profissional. Ano passado, o último foi treinamento de teste rápido. Mas é raro. Acho que falta isto, treinamento. Também não temos atividade de sala de espera, queremos muito implantar isto.”*

“Vamos fazer treinamento em abordagem sindrômica, duas turmas, essa é outra questão que eu coloquei para melhorar, capacitação, treinamento gerencial. Senão a gente fica com dinheiro aqui, sem planejar.” (coordenador)

O médico é bastante atualizado, é preceptor da residência médica do hospital de referência em BH, frequenta congressos regularmente, inclusive como palestrante: *“Tenho participado de congressos e atualizações. Lemos e distribuimos o consenso terapêutico. O fato de ser um hospital com residência nos força a estudar muito, temos três grupos científicos por semana de infectologia, hepatites e HIV. Os regionais eu participo na organização e palestrando. O apoio que tenho é a liberação do serviço, não financeiro. Ocasionalmente participo de algum treinamento do Ministério, aí a gente tem apoio do Estado ou do próprio Ministério. Sou referência técnica também no estado, meu telefone não pára de tocar, e aí a gente tem que estudar muito.”* (médico)

Existe uma expectativa de que a ampliação do espaço físico do serviço ocorra em breve, com o apoio da atual gestão do município. As salas onde funcionava a fisioterapia já foram liberadas para o SAE e lá serão planejadas as reuniões de grupos, o CTA e a instalação da UDM. Várias vezes os entrevistados expressaram otimismo, seguros de que “agora” tudo vai melhorar: *“SAE vai acontecer”*; *“a implantação do espaço lá embaixo, para a gente fazer grupos”*; *“a gente vê que as coisas vão melhorar”*; *“a vontade política acendeu”*; *“hoje realmente a gente não tem nada, mas nossa esperança é que agora vai começar a funcionar”*.

O coordenador reporta, entretanto, sua insegurança quanto à continuidade do serviço: *“Eu acredito que agora vai, a gente vai. Eu tenho medo é depois.”*

6.1.3 Comparação dos resultados obtidos no Sistema Qualiads e no presente estudo

Quadro Analítico I comparativo com as respostas ao Qualiads 2010

A- Disponibilidade de Recursos

Categorias avaliativas do Qualiads	Entrevistas, observação direta e análise de prontuários	Questões Qualiads 2010
1-Infraestrutura básica- Estrutura física	<p>O SAE está inserido dentro de um ambulatório de especialidades que funciona em um grande e moderno prédio de dois andares. A construção é espaçosa e bem arejada. Na parte de cima fica a recepção e vários consultórios de especialidades (otorrinolaringologia, ginecologia, odontologia, pneumologia, nutricionista, infectologia e outros). A recepção é comum a todas as especialidades, inclusive para o HIV. O prédio tem uma entrada principal e outra entrada lateral, na parte de baixo, que dá direito no corredor onde fica o ambulatório do infectologista. O Programa utiliza apenas duas salas. O consultório e uma sala da administração, onde trabalham a assistente social e a psicóloga.</p>	<p>Questão 10 – Qual número de consultórios e salas para atendimento.</p> <p>1 consultório médico</p> <p>1 sala para atendimento individual por outros profissionais</p> <p>1 sala para atendimento em grupo</p> <p>Padrão= 1</p>
<p>2-Acesso</p> <p>2.1-Local de dispensação de ARV</p>	<p>Não há UDM no serviço, a farmácia central está situada em uma UBS distante do SAE. O farmacêutico não é do Programa. Este é considerado pelos entrevistados um aspecto negativo do serviço, causando transtornos para os pacientes e para o médico, ao prescrever e orientar o uso.</p> <p><i>“A farmácia não fica aqui, então às vezes a gente tem que fazer serviço que não é nosso mesmo. O paciente vem, consulta, e tem que ir para outra unidade onde tem a farmácia. Aí eu acho que é uma deficiência altíssima porque não tem consulta com farmacêutico. E tem paciente que não sabe ler, não sabe escrever, é em outro bairro aqui na cidade. é uma carência altíssima, absurda. É uma farmácia geral, dentro de uma UBS. Ela serve a todo o município.”</i> (assistente social)</p> <p>Para o médico não ter farmácia no serviço é um dos maiores problemas: <i>“É um grande problema, não ter farmácia. A farmácia tem que estar no SAE. É o primeiro passo, a farmácia aqui. Até mesmo para pós-consulta, o</i></p>	<p>Questão 73. “Caso esse serviço não dispense antirretrovirais, a dispensação na unidade de referência:</p> <p>A dispensação supre as necessidades desse serviço</p> <p>Padrão=2</p>

	<p><i>paciente ser orientado visualizando o medicamento. Até mesmos para outros medicamentos.” (médico)</i></p> <p><i>“A proposta que eu fiz agora é a farmácia dentro da Unidade. A farmácia é central, fica fora do ambulatório e é longe para o paciente.” (diretora)</i></p>	
2.2-Coleta de exames.	<p>O serviço não possui laboratório e não faz o teste rápido por falta do insumo. Não fazem coletas de exames. Os pacientes são encaminhados para o laboratório municipal para coletar amostra que é enviada ao laboratório de referência em BH. Tanto o teste diagnóstico Elisa, quanto o teste rápido, não estão disponíveis, mesmo no laboratório municipal, sendo feita ali apenas a coleta e depois de até 30 dias a amostra é encaminhada para Belo Horizonte, para o Laboratório Central (LACEN), o que é reconhecido pelos profissionais e gestores como um grande problema para o município</p> <p><i>“Falei com o LACEN para realizar aqui o Elisa, tinha um projeto, o Ministério passaria para os municípios as leitoras. Eles tinham leitoras em comodato, iam passar para a gente, mas não vieram, ficou parado. Estou pleiteando, mas ficou parado.”(coordenador) “40 dias para resultado de Elisa! A demora de exame diagnostico é mais de 40 dias, a gente não sabe se é aqui no município ou se é no LACEN, o atraso, eu até acho que é aqui. Demora 40 dias para chegar! A angústia da família, da esposa, entendeu? Até chegar esse resultado,é complicado.”(assistente social)</i></p> <p><i>“A questão dos exames, seria um ganho muito grande para município se a gente conseguir. Nós não temos. estou tentando comprar kits.” (diretora)</i></p>	<p>Questão 75- Quanto aos exames laboratoriais, esse serviço:</p> <p>Encaminha todos os exames para coleta em laboratório de referência</p> <p>Padrão=0</p>
2.3- Horário de funcionamento do serviço 2.4-Horários de agendamento	<p>O serviço está aberto aos usuários cinco dias na semana, pela manhã e à tarde. O médico só atende às sextas feiras. Nos outros dias os pacientes são atendidos pela assistente social e pela psicóloga.</p> <p><i>“Vim para o serviço em 2006. Desde então a gente atende uma primeira consulta por semana, estou aqui toda sexta o dia todo, temos contato bom, a assistente é muito atuante, a psicóloga também. Se tem uma intercorrência elas me ligam. Se precisar marcar consulta fora da sexta, tenho facilidades no Hospital” (médico)</i></p> <p><i>“O médico atende todas as sextas. Na verdade, ele não atende só HIV, ele atende hanseníase, tuberculose e todas as DST.” “Eles vêm automaticamente, mesmo sem consulta eles vêm, às vezes nem ligam. Eles chegam aqui a gente pede para esperar se tiver fazendo alguma coisa, nunca voltam sem serem atendidos, ou por mim ou por ela, ou então pelas duas. A gente também encaminha para outras consultas, outras especialidades.” “A gente</i></p>	<p>Questão 7- Quantos dias por semana o ambulatório de HIV/Aids está aberto ao público.</p> <p>5 dias por semana</p> <p>Descritiva</p> <p>Questão 8- Quantas horas por dia o ambulatório está</p>

	<p><i>nota que os pacientes gostam daqui, eles têm muita afinidade com a gente, com o serviço. Eles vão a algum lugar e passam aqui antes. Chegam sem marcar consulta. O paciente nunca vai embora, o infectologista atende os extras. A gente ouve eles, nunca saem sem ser atendidos. Ficamos muito amigos, rimos muito.” “Depois que eu entrei aqui nenhum paciente pediu transferência, pelo contrário. Toda semana vem paciente aqui, tudo de negativo eles vem aqui, a referência é aqui, não deu certo alguma consulta ou foi maltratado em algum lugar.” “Principalmente quando falta cesta.” (assistente social)</i></p> <p>As marcações de consultas são feitas por telefone ou pessoalmente pela assistente social ou pela psicóloga. A marcação é feita por hora. 1 hora para primeira consulta e 30 minutos para retornos: <i>“As consultas são marcadas por hora. A primeira vez é 1 hora. Retorno é meia hora. Depois das 16 horas é de 15 em 15 m. Ele atende também leishmaniose e hanseníase. Coloco esses pacientes mais no final da tarde.”</i> (assistente social)</p>	<p>aberto ao público</p> <p>8 horas por dia.</p> <p>Padrão = 1</p> <p>Questão 34- As consultas médicas são agendadas: Com hora marcada para cada paciente</p> <p>Padrão= 2</p>
<p>3-Recursos humanos</p> <p>3.1- Capacitação e experiência dos infectologistas e clínicos, número de médicos e número de profissionais não médicos.</p> <p>3.2-Perfil e formação do gerente</p>	<p>A equipe constitui-se de: médico infectologista, assistente social, psicóloga e o coordenador de DST/Aids do município, que conjuntamente com a assistente é responsável por atividades de gerência. O médico é infectologista com mais de cinco anos de experiência, trabalha no hospital de referência para todo o estado onde é preceptor da residência médica. Frequenta cursos e congressos com regularidade, inclusive dando aulas e como palestrante</p> <p>As atividades da gerência são compartilhadas entre o coordenador e a assistente social. Assim, a assistente é responsável pela marcação de consultas, registros e a coordenação administrativa em geral. O coordenador é responsável pela interlocução com a Secretaria Municipal e Estadual, provimento de insumos, e divide a gerência com a assistente social. Nenhum dos dois foi capacitado para gerenciamento de serviços de saúde. O coordenador foi ativista em ONG-Aids e a assistente social trabalhava em outra secretaria, com menores delinquentes e violência em geral.</p> <p>O médico tem carga horária de 8 horas semanais.</p>	<p>Questão14—Tempo médio de experiência do médico</p> <p>A maioria dos médicos possui menos de 5 anos de experiência</p> <p>Padrão= 1</p> <p>Questão 15-Carga horária semanal dos médicos</p> <p>8 horas semanais</p> <p>Padrão= 0</p> <p>Questão 16- Disponibilidade de profissionais responsáveis pelo atendimento ambulatorial de rotina.</p> <p>Padrão= 2</p> <p>Questão 89: O gerente administrativo possui</p>

		<p>formação para atividade gerencial?</p> <p>Outros</p> <p>Padrão=0</p> <p>Questão 92- Há quanto tempo o coordenador técnico exerce atividades de coordenação técnica.</p> <p>Não há coordenador técnico</p> <p>Padrão= 0</p>
<p>4- Medicamentos, exames e referências</p> <p>4-1 ARV e medicamentos para infecções oportunistas</p>	<p>Falta de ARV são pontuais. Os ARV são remanejados de serviços maiores em qualquer eventualidade.</p> <p>Também não foi relatado falta de medicamentos para IO (infecções oportunistas): <i>“Falta de medicamento? Houve uma vez que ficamos sem medicamento no final de semana, fiquei muito nervoso, fui procurar saber por que e o estado falou que foi por conta do correio, eu fui reclamar, ficar sem medicamento por conta de correio? Até então não tem faltado. Se é o correio, pode voltar para central e fica lá o medicamento.”</i> (coordenador) <i>“Não costuma faltar ARV, qualquer problema o hospital empresta, eles dão baixa no SICLOM e enviam para cá, ocasionalmente acontece, mas não tem tido falta, nem de infecção oportunista.”</i> (médico).</p>	<p>Questão 67- Disponibilidade de ARV</p> <p>Padrão=2</p> <p>Questão 69- Tempo para dispensação na 1ª prescrição</p> <p>Padrão=2</p> <p>Questão 72- Disponibilidade de ARV nos últimos seis meses</p> <p>Padrão=2</p>
<p>4.2-Modalidades assistenciais e especialistas</p>	<p>O SAE está dentro de um Centro de Especialidades Médicas. Não há dificuldades para marcação de consultas com especialistas e dentistas. A própria assistente social faz o agendamento. Não há disponibilidade de hospital dia, atendimento domiciliar (ADT) ou CTA, este ainda não implantado no município.</p> <p>Encaminhamentos para especialidades são fáceis de serem marcados, inclusive com dentista: <i>“Aqui tem uma profissional que atende meus pacientes. Nossos pacientes têm atendimento rápido e preferencial, o paciente com dor de dente é atendido na hora, a gente discute muitos casos, é um contato interdisciplinar muito valioso.”</i>(médico)</p> <p>Encaminhamentos para internações ou outros procedimentos são facilitados pela atuação do infectologista junto ao principal hospital de referência para aids e outras doenças infecciosas em BH. <i>“Tenho facilidade</i></p>	<p>Questão 74-Acesso a modalidades assistenciais dirigidas a pacientes HIV</p> <p>Padrão= 1</p> <p>Questão 80- Acesso a especialidades e tempo de espera</p> <p>Padrão= 2</p>

	<p><i>de encaminhar para o hospital para internação. O que o município oferece, a gente consegue com facilidade, os pacientes têm uma preferência em relação a outros, nossos pacientes não tem espera. O problema maior é com especialidades que a gente não tem aqui. Acabo usando muito o hospital, quando eu preciso acabo direcionando internações para lá. Tento fazer que a central de leito mande para lá.” (médico)</i> A assistente social faz as marcações: <i>“Quando precisa de especialista ele (o infecto) me manda a guia, eu ligo para a secretaria de saúde, marco geralmente aqui mesmo, outras especialidades que não tem aqui, a gente manda para Belo Horizonte.” (assistente social)</i></p>	
<p>4.3- Exames laboratoriais e outros. CV e CD4</p>	<p>Os exames de CV e CD4 são também encaminhados para o LACEN e são realizados sem problemas, com resultados demorando no máximo 30 dias. Outros exames laboratoriais, de imagem, ou punções são realizados com agilidade no hospital de referência em BH com a intervenção do médico. Existem dificuldades em relação aos marcadores de hepatites.</p> <p><i>“CD4 e CV é tranqüilo, os exames não demoram muito, no máximo 30 dias, a coleta também é tranquila, funciona muito bem desde 2006. Às vezes tem que aumentar a cota porque o numero de pacientes só cresce” (médico)</i></p> <p><i>“O que sinto mais falta são alguns exames laboratoriais, alguns específicos para hepatites ainda tem uma escassez, acaba indo para a capital e retornam para cá. Tenho facilidades, no Hospital, até mesmo algum exame, punção lombar, mielograma.” (médico)</i></p>	<p>Questão 76- Disponibilidade de exames laboratoriais e tempo de espera Padrão=0</p> <p>Questão 77- Disponibilidade de exames (imagem e específicos) Padrão=1</p> <p>Questão 78- Disponibilidade de cotas de CD4 Padrão=1</p> <p>Questão 79- Disponibilidade de cotas de CV Padrão=1</p>

B-Organização da Assistência

<p>1-Orientações e Aconselhamento</p> <p>1.1- Aconselhamento pré e pós teste</p> <p>1.2- Direitos reprodutivos</p> <p>1.3 Orientação sobre uso de ARV</p>	<p>Não há aconselhamento no serviço. Eles não fazem o teste nem coletam amostras. <i>“Aconselhamento pré e pós-teste nos preocupa porque hoje, mesmo que negativo eles vão para as UBS, para as 14 UBS. Será que ele foi aconselhado antes do exame, que aconselhamento teve? Será que o profissional que os atendeu teve essa sensibilidade? E se ele está numa latência clínica, ele não contou para o médico aquela questão, nos preocupa.”</i> (coordenador)</p> <p>A orientação sobre uso de ARV é feita principalmente pelo médico durante a consulta médica. Ele procura orientar cuidadosamente o paciente e relata a deficiência da UDM dentro do serviço.</p> <p>A assistente social e a psicóloga incentivam as tomadas de acordo com a prescrição, durante a pré e pós-consulta.</p> <p>O serviço ainda não teve nenhum caso de casais HIV positivo que quisessem engravidar. Segundo relatos da psicóloga, eles são orientados para encaminhar ao médico, que vai orientar o casal quanto ao melhor momento, dependendo da Carga Viral. <i>“Geralmente o que acontece é que as mulheres já aparecem grávidas aqui, aí nós encaminhamos para o acompanhamento.”</i> (psicóloga)</p>	<p>Questão 23- Como são realizados os aconselhamentos.</p> <p>Resposta: Individualmente por profissional universitário. Padrão=2</p> <p>Questão 24- Por quem são realizados os aconselhamentos</p> <p>Resposta: Profissional de nível universitário.</p> <p>Padrão= 2</p> <p>Questão 53- Conduta do profissional em relação ao desejo de ter filho;</p> <p>Padrão= 0</p> <p>Questão 68-Como é realizada a orientação do uso de ARV.</p> <p>Padrão=1</p>
<p>2- Acolhimento</p>	<p>O acolhimento é feito pela assistente social e psicóloga em conjunto ou separadamente.</p> <p><i>“Ele liga para cá, agenda a consulta comigo ou com a psicóloga, a gente acolhe, eu e ela, as vezes juntas, as vezes separado, dependendo de cada situação. Às vezes a gente faz um grupinho de dois mas é muito raro porque não tem espaço.”</i> <i>“A gente acolhe, a gente pega o cartão, pega o prontuário. Estudamos o prontuário.”</i></p> <p><i>” Podemos cadastrar para receber a cesta de verdura. Ele chega a gente vê como ele está sentindo, se toma os medicamentos, como está o dia a dia dele e como ele se alimenta, depois ele vai para consulta. Perguntamos como é que está o social dele, o pessoal, se tem que fazer algum encaminhamento, se ele foi naquele lugar que gente mandou.”</i> (assistente social)</p>	<p>Questão 26-Pacientes que procuram o serviço pela primeira vez.</p> <p>Padrão=0</p> <p>Questão 27- Atividades realizadas no primeiro atendimento.</p> <p>Padrão=2</p>

		<p>Questão 28 – Paciente não matriculado no serviço.</p> <p>Todos os casos são absorvidos. Sem pontuação -missing</p> <p>Questão 29- Agendamento da consulta após o primeiro atendimento.</p> <p>Padrão=2</p> <p>Questão 30-Intervalo entre o 1º atendimento e a 1ª consulta.</p> <p>Padrão=2</p>
3-Rotina da assistência da enfermagem- atendimento e atividades do enfermeiro	<p>Não há enfermeira na equipe. A enfermeira do Centro Médico apenas eventualmente atende os pacientes HIV. Algumas vezes as atividades da enfermagem são realizadas pela assistente social.</p> <p><i>“Muitas vezes a gente acaba sendo enfermeira, auxiliar técnico, auxiliar de enfermagem, várias coisas. Eu acabo fazendo serviço social de outras áreas aqui, paciente acamado, usando fraldas, paciente que precisa de medicação parenteral, eu acabo fazendo isto para a secretária, porque muitas vezes a gente acaba sendo enfermeira, auxiliar técnico, auxiliar de enfermagem, várias coisas.”</i> (assistente social)</p>	<p>Questão 31- Atendimento pré-consulta.</p> <p>Padrão=0</p> <p>Questão 32- Pré-consulta da enfermagem.</p> <p>Padrão=0</p> <p>Questão 52-Pós-consulta com enfermagem.</p> <p>Padrão= missing (resp- não há pós-consulta)</p> <p>Questão 60-Atividades do técnico de enfermagem.</p> <p>Padrão=0</p> <p>Questão 61-Atividades do enfermeiro.</p> <p>Padrão=missing (resp-</p>

		<p>este serviço não possui enfermeiro)</p> <p>Questão 62-Atividades da consulta de enfermagem.</p> <p>Padrão=missing (resp-este serviço não possui este profissional)</p>
<p>4-Organização da assistência médica</p> <p>4.1- Tempo de consulta</p> <p>4.2-Trabalho do infecto ou clínico</p> <p>4.3-Intervalo entre consultas</p> <p>4.4-Atendimento de extras</p>	<p>Todos os pacientes são atendidos, mesmo os não agendados. O médico atende somente às sextas feiras, durante todo o dia, o que, segundo a equipe é suficiente para suprir a demanda. Quando ele chega os pacientes já estão esperando e chegam alguns outros não agendados. Não há tumulto na espera porque são agendados por horário. Casos novos as consultas são marcadas de hora em hora e 30m para os retornos. São oito pacientes por período.</p> <p>Todos os extras são atendidos pelo médico no dia em que ele está no serviço, ou pela assistente e a psicóloga.</p> <p>Na consulta o médico investiga e orienta o uso de ARV, e insiste em relação a uma boa adesão, faz o exame clínico dirigido para as queixas, solicita e analisa exames, prescreve ARV, faz encaminhamentos, orienta o retorno. Não se aprofunda em relação à parte afetivo-sexual do paciente.</p> <p>Pacientes eu iniciam TARV retornam em 15 dias para a consulta.</p>	<p>Questão 35 e 36- Quantas consultas são marcadas por período de 4 h e n° de consultas para casos novos pré-estabelecido</p> <p>Padrão = 2 e 2</p> <p>Questão 42 e 23- Duração da consulta para casos novos e retornos</p> <p>Padrão=2 e 2</p> <p>Questão 44- Atividades do médico na consulta</p> <p>Padrão=2</p> <p>Questão 45, 46 e 47- Intervalo entre consultas para pacientes que não estão em uso de ARV, em uso de ARV e na introdução da TARV.</p> <p>Padrões= 2, 0 e 0</p> <p>Questões- 57,58 e 59 –</p>

		Atendimento médico dos extras. Como o serviço soluciona, motivo das consultas extras e atividades nessas consultas Padrão= 2, 0 e 1
5- Organização e rotina da assistência de outros profissionais (farmacêutico, psicólogo, assistente social e atendimento odontológico)	<p>A assistente social e a psicóloga são exclusivas do Programa e atendem todos os dias da semana. Ambas fazem atendimentos em conjunto e individuais. A assistente é também gerente do SAE. As duas fazem outras atividades diversas da sua competência profissional. Fazem os acolhimentos, distribuem cestas básicas e orientam quanto a questões sociais, controlam os faltosos, fazem as marcações de consultas para o infectologista e outras especialidades. A psicóloga faz atendimentos de psicoterapia.</p> <p>O Centro Médico tem consultório e equipe de dentistas, um deles atende todos os pacientes HIV, quando necessário. Não há rotina de consultas. <i>“Aqui tem uma profissional que atende meus pacientes. Nossos pacientes têm atendimento rápido e preferencial, o paciente com dor de dente é atendido na hora. A gente discute muitos casos, é um contato interdisciplinar muito valioso.”</i> (médico)</p> <p>O SAE não possui farmacêutico ou farmácia. Os usuários são atendidos na farmácia central por farmacêutico não treinado para dispensação de ARV</p>	<p>Questão 38- Acesso ao atendimento odontológico Padrão=1</p> <p>Questão 63,64,65 – Atendimento do psicólogo, assistente social farmacêutico Padrão= 1,1 e 1</p>
6-Organização geral do trabalho 6.1-Convocação de faltosos 6.2-Padronização de condutas 6.3-Fluxo de encaminhamento entre profissionais	<p>A equipe tem controle de seus pacientes, fazem contato quando não comparecem à consulta.</p> <p><i>“Se eles não vêm nessa consulta a gente vai atrás deles, muito difícil ter carro. Às vezes, dependendo da situação vou no meu carro, ou a gente pede carro e vai até a casa do paciente. Lá a gente vê porque ele não veio. A gente tem o termo de consentimento. Temos uma relação muito boa com todos. Primeiro eu ligo para saber, dependendo do que está acontecendo, que eu sinto, mais ou menos, ou vou eu ou vai ela, ou as duas juntas.”</i>(assistente social).</p> <p>Não tem padronização de condutas do próprio serviço. São utilizados protocolos do Ministério da Saúde.</p> <p>O encaminhamento para outros profissionais é feito geralmente pelo médico e sem dificuldades na marcação. O Centro Médico tem vários especialistas e a assistente social faz os agendamentos para os pacientes.</p>	<p>Questão 25 e 54- Caso o paciente não retornar ao serviço, ou quando falta a consulta Padrão=2 Padrão= 0</p> <p>Questões 40 e 41- Se o serviço tem padronização de condutas (protocolos e como foram elaborados). Padrão= 0 e 0</p> <p>Questão 66- Como e</p>

		por quem são feitos os encaminhamentos. Padrão-1
<p>7-Atividades específicas de adesão</p> <p>7.1- Rotinas e orientações para uso de ARV</p> <p>7.2-Medicação fora de rotina</p>	<p>O serviço não possui grupos de adesão ou qualquer outra atividade sistemática para promoção da adesão.</p> <p>A adesão aos ARV é trabalhada regularmente nos atendimentos do médico, da assistente social e da psicóloga ao reforçarem a importância do seu uso correto para a melhora do estado clínico. O médico orienta com detalhes o uso. Os ARV são disponibilizados em outro local e não há estratégias para sua dispensação fora da rotina. As ações são feitas individualmente pelo médico e pela assistente social e psicóloga.</p> <p><i>“Grupo de adesão regular, formal, não temos, temos várias ações, reuniões com pacientes, mas grupos formais não.”</i> (assistente social)</p> <p>O médico incentiva o uso dos medicamentos como prescritos e mostra os benefícios decorrentes durante a consulta médica: <i>“como está tomando os medicamentos?” “Que horas você toma?” “Não deixe de tomar! O sucesso do tratamento depende disso, você sabe!” “Pode atrasar ou adiantar até umas duas horas, não tem importância, mas tem que tomar”. “Sua carga viral está indetectável, isto é ótimo! Seu peso está ótimo! Isto porque você tem seguido o tratamento! Muito bem!”</i> (médico)</p> <p>Após a consulta o assunto também é abordado. <i>“Ele chega, a gente vê como ele está sentindo, se toma os medicamentos.”</i> (assistente social)</p>	<p>Questão 47- Intervalo de consulta ao ser introduzida a TARV Padrão-0</p> <p>Questão 48- Verificação do uso correto da medicação. Padrão-1</p> <p>Questão 49- Acesso a ARV quando a consulta tem intervalo de mais de 30 dias. Padrão- 2</p> <p>Questão 50- Quando o paciente tem dificuldades no tratamento com ARV Padrão-1</p> <p>Questão 51- No caso do paciente ficar sem medicação .Padrão-0</p>

C – Gerência

<p>1 Registros, Avaliação Monitoramento e Planejamento</p>	<p>Os registros das consultas médicas são feitas em folhas padronizadas, presas por cliques ou grampeadas, algumas soltas, em condições precárias. Os registros do infectologista são organizados, ele faz anotações cuidadosas da anamnese e anota o básico das consultas de retorno. Outros especialistas têm registros no mesmo “prontuário”. Ficam</p>	<p>Questão 17, Arquivamento de prontuários Padrão 1</p>
------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

	<p>todos na recepção, junto com os outros prontuários e acessíveis a todos os profissionais. Os registros das consultas com a psicóloga e assistente social são feitos separadamente, em folhas padronizadas, guardadas dentro de envelopes, numa caixa na sala da gerência do programa. A explicação é de que procuram “manter o sigilo”. <i>“Os médicos têm prontuário único, com todas as especialidades, mas o meu e da psicóloga são separados, por causa do sigilo, eles ficam numa caixa separados.”</i> (assistente social)</p> <p>Não há registros de enfermagem nos prontuários. Os únicos resultados de exames disponíveis são de CD4 e CV. Não há outros resultados de exames nos prontuários.</p> <p>São registrados óbitos e pacientes em TARV, mas não utilizam formulários padronizados.</p> <p>A farmácia central faz o controle do SICLOM.</p> <p>O planejamento das atividades é feito através do Plano de Ações e Metas e o único processo avaliativo estruturado utilizado foi o Qualiaids em 2010. O PAM do município é feito pelo Coordenador, com participação da assistente social e da psicóloga.</p>	<p>Questão 18, Registro da assistência. Padrão 0</p> <p>Questão 19 Outros registros</p> <p>Padrão 1</p> <p>Questões 20,21- Registros em prontuários</p> <p>Padrão- 0,0</p> <p>Questão 22- Notificações</p> <p>Padrão - 2</p> <p>Questão 55- Critério de abandono</p> <p>Padrão- 0</p> <p>Questão 56 e 71- Registro de óbitos</p> <p>Padrão- 0 e 2</p> <p>Questão 70- Controle da dispensação de medicamentos</p> <p>Padrão-2</p> <p>Questões 98, 99 e 100- Planejamento de atividades</p> <p>Padrão- 2, 1, 0</p>
<p>Atualização dos profissionais</p>	<p>O médico é bastante atualizado, é preceptor da residência médica do hospital de referência na capital e freqüente congressos regularmente, inclusive como palestrante: <i>“Tenho participado de congressos e atualizações. Lemos e distribuimos o consenso terapêutico. Como trabalho em hospital com residência nos força a estudar muito, temos três grupos científicos por semana. Os regionais eu participo na organização e palestrando. O apoio que tenho é a liberação do serviço, não financeiro. Ocasionalmente participo de algum treinamento do Ministério, aí a gente tem</i></p>	<p>Questões 84, 85 e 86- Atualização de profissionais</p> <p>Padrão – 1, 0 e 2</p>

	<p><i>apoio do Estado o do próprio Ministério. Sou referência técnica também no estado, meu telefone não pára de tocar e por isto a gente tem que estudar muito.</i>” (médico)</p> <p>Os outros profissionais da equipe fazem treinamentos e participam de congressos esporadicamente.</p> <p>Alguns treinamentos e capacitações estão previstas no PAM 2011. Elas são organizadas pelo coordenador de DST/Aids, que é quem elabora o Plano de Ações e Metas. <i>“Quando tem algum congresso a gente manda o profissional. Ano passado o último foi treinamento de teste rápido. Mas é raro. Acho que falta isto, treinamento. “Vamos fazer treinamento em abordagem sindrômica, duas turmas, essa é outra questão que eu coloquei para melhorar, capacitação, treinamento gerencial. “Senão a gente fica com dinheiro aqui sem planejar.”</i> (coordenador)</p>	
3-Coordenação do trabalho	<p>O serviço não faz normalmente supervisões ou reuniões regulares de equipe, apenas reuniões técnicas informais conforme a necessidade e geralmente a iniciativa parte do médico: <i>“A gente sempre reúne, discute caso a caso, às vezes após a consulta eu levo o paciente até a assistente, a gente discute os casos, com a psicóloga também discuto, sem o paciente.”</i> (médico)</p> <p>A gerência do SAE é compartilhada entre a assistente social e o coordenador.</p> <p>Não há nenhum tipo de atividade regular no sentido de apoio físico, emocional ou técnico aos profissionais.</p>	<p>Questão 87, 93, 94, 95- Reuniões multiprofissionais Padrão- 0, 0, 0, 0 Questão 88, 90 e 91- Coordenação técnica e administrativa do serviço Padrão- 0,0 e 0 Questões 96 e 97- Suporte aos profissionais Padrão- 0 e 0 Questão 102- Busca de soluções gerenciais Padrão- 1</p>
4-Comunicação e Interação com usuários e comunidade	<p>Não há mecanismos formais para que os usuários do serviço possam fazer reclamações ou sugestões. Os profissionais da equipe reportam uma boa valoração do serviço por parte dos pacientes, o que consideram resultado do bom contato afetivo entre eles: <i>“Mas já tem alguns transferindo para cá descobrindo que o programa tem o perfil que eles querem, de não deixar a cara deles aparecer.” “Depois que eu entrei aqui nenhum paciente pediu transferência, pelo contrário. Toda semana vem paciente aqui, tudo de negativo eles vem aqui, a referência é aqui.</i></p>	<p>Questões 105, 106 e 107- Comunicação como usuário e com outras instituições Padrão- 2, 0 e 2</p>

6.1.4- Qualiaids: preenchimento do questionário

O Qualiaids é o único instrumento de monitoramento e avaliação utilizado pelo serviço e foi respondido em 2010. O serviço não respondeu ao Qualiaids 2007. A assistente social foi a responsável pelo preenchimento *on line* do questionário: *“Demorou uma semana, foi até rápido, não teve problema. Achei fácil. Esclarece muito fácil as coisas. É muito o que a gente vive, as perguntas são muito específicas e diretas, dá uma questão de impotência, ele é muito objetivo, a gente vê que não está funcionando do jeito que a gente quer. Dá uma cutucada na gente. No mais foi excelente, primeira vez que eu fiz e gostei.”* (assistente social)

No Qualiaids 2010 foram observadas algumas respostas contraditórias com a observação e as entrevistas. As principais foram:

a) Foi relatado máximo de 05 anos de experiência do profissional médico quando este é na verdade bastante experiente e há mais de 15 anos trabalha com doenças infecciosas e aids. (questão 14);

b) Foi respondido que os aconselhamentos pré e pós-teste são realizados por profissional de nível universitário nas questões 23 e 24, quando não há testagem e nem aconselhamento no serviço;

c) Os intervalos entre as consultas são menores que os relatados nas questões 45, 46 e 47;

d) Não são feitas avaliações, houve adesão ao Qualiaids apenas em 2010, não tendo sido respondido anteriormente. O único planejamento é feito com o Plano de Ações e Metas;

e) Existe uma coordenação do SAE, apesar de informal, que é exercida principalmente pelo coordenador e pela assistente social, ao contrário do respondido nas questões 90, 91 e 92;

f) Existe um critério de abandono, mesmo informalmente, ao contrário do relatado na questão 54.

Algumas das respostas não condizentes com a observação e as entrevistas pioraram a pontuação do serviço sugerindo não ter havido uma intenção explícita de melhorar o desempenho do serviço no Qualiaids e reforçando a possibilidade de desconhecimento dos detalhes do processo de trabalho pela pessoa responsável pelo preenchimento e a não participação suficiente da equipe.

Desta forma, a assistente social relatou que o preenchimento do Qualiaids foi feito com a ajuda de toda equipe, inclusive o médico: *“O Qualiaids eu e a psicóloga*

preenchemos. Chegou o Qualiaids, tinha que fazer até final de novembro parece e eu nunca tinha feito. O que eu não sabia, coisas do laboratório, farmácia, epidemiologia, eu peguei o questionário e fui até eles, até a farmácia, ao laboratório, marcação de consulta, a epidemiologia, ao infectologista e as outras áreas. E eles mesmos responderam. Antes de mandar eu imprimir e mostrei para a diretora da Vigilância, para ela dar uma olhada, e depois eu enviei. Demorou uma semana, foi até rápido, não teve problema. Achei fácil.” (assistente social)

Entretanto o médico relatou não ter participado do preenchimento do questionário: *”Não participei do preenchimento do Qualiaids. Creio que quem deve ter preenchido foi o coordenador.” (médico)*

Pelas questões bastante específicas do questionário pode-se dizer que algumas respostas foram prejudicadas na sua fidedignidade pela não participação de profissionais como o médico da equipe.

6.2 O Programa de DST/Aids em um município de Goiás

6.2.1 O contexto de implantação do Programa de DST/Aids: um breve histórico e o Plano de Ações e Metas

O serviço situa-se em município do Estado de Goiás com pouco mais de 70.000 habitantes e a taxa de incidência de aids no ano de 2009 foi de 23.6/100.000 habitantes⁴⁸. O IDH é de 0.751⁴⁹. Cerca de 70% da população tem acesso a instalações sanitárias e abastecimento de água⁴⁹.

O município foi habilitado para receber o incentivo como estratégia de descentralização realizada pelo próprio estado no fim de 2007, e em 2009 começou a receber o recurso do Ministério da Saúde por repasse direto ao Fundo Municipal de Saúde. Nos anos de 2007 e 2008 outros estados descentralizaram parte do seu recurso da política do incentivo para outros municípios, além daqueles habilitados pelo Ministério da Saúde com a portaria 2313 em 2003¹⁰.

Apesar das dificuldades políticas que o município atravessou nesse período, trocando de prefeito por cinco vezes em dois anos, o serviço de DST/Aids foi implantado sem atrasos ou muitas dificuldades, e o PAM foi elaborado pela equipe que se formou à época, coordenada por uma enfermeira que já não atende ao Programa: *“Em 2007 nós tivemos um período muito complicado. Em 2007 e 2008 aqui no município entrava um prefeito, o outro anulava. Aí saía um e entrava outro. Nós tivemos seis prefeitos.”* (coordenadora)

O valor do incentivo é de R\$75.000,00 anuais em três parcelas, mais a contrapartida do município. Tem atualmente em conta bancária aproximadamente R\$195.000,00 lançados no PAM 2011, sendo R\$38.500,00 de contrapartida e R\$4.850,00 de aplicação financeira. Portanto, apesar da imediata implantação do serviço com a habilitação do município na política de incentivo, observa-se um montante significativo de recursos acumulados e não executados pelo Programa Municipal.

Todo o montante do recurso reservado para a área de Assistência e Tratamento, R\$19.408,00, está alocado para compra de equipamentos permanentes para a coordenação do PSF (geladeira, armários, computador, impressoras), material didático, lanches para os usuários do serviço, camisetas e outros materiais de comunicação e materiais de escritório. As outras ações planejadas, como capacitações, não demandam recursos significativos e a aquisição de testes e preservativos é feita com recursos da SMS.

A responsável atual pela elaboração do PAM é a coordenadora municipal. Ela relata a participação da equipe: *“Quando foi para elaborar o PAM eu chamei a equipe multidisciplinar, não o Conselho. Eu chamei a equipe multidisciplinar e sugeri que eles também escrevessem o que eles quisessem.* (coordenadora)

A coordenadora reporta o apoio da SMS para as demandas do Programa: *“O meu relacionamento com o secretário é muito bom. Tudo que eu peço para ele, ele não nega nada.”* (coordenadora) Mas também foi reportada a dificuldade e demora de alguns processos como a contratação de pessoal.

A médica do Programa é também a diretora da Vigilância Epidemiológica da SMS, embora não tenha relatado nenhuma função ou conhecimento específico relacionados com este cargo. Os profissionais da equipe não demonstraram nenhuma preocupação com a situação política do município que pudesse influir negativamente no serviço.

Pelas informações obtidas, não houve problemas e atrasos na implantação do serviço no município, apesar da instabilidade política no período.

6.2.2 O serviço de assistência especializada

O SAE foi selecionado para o estudo de caso por ser um serviço de pequeno porte que acompanha 74 pacientes²¹, com bom percentual de pontuação no Qualiaids 2010, 75% do padrão ouro e 1.474 pontos, o que o situa nos agrupamentos de melhor qualidade. Respondeu ao Qualiaids 2007, tendo obtido 80 % do padrão ouro nessa época.

A técnica de enfermagem é a profissional mais antiga no serviço e relata o início em 2007: *“O SAE começou em 2007, mas desde 99, 2000, assim que a gente entrou na Vigilância Epidemiológica, nós já começamos a trabalhar com HIV e aids. Nós não tínhamos SAE, mas tínhamos os pacientes, tínhamos as gestantes, às vezes vinham fazer exames no Laboratório Central (LACEN) e procuravam o nosso serviço. Nós dávamos o suporte. Inclusive com o Projeto Nascer foi quando nós começamos em 2000, 2001 mais ou menos. Fazíamos o acolhimento dos pacientes, e depois em 2007 tivemos todo o serviço implantado, com o infectologista, o acolhimento, o espaço. Tudo foi feito aqui no município. Trabalho aqui desde 2000. Acompanhei o projeto. Eles deram esse projeto para a gente, poderíamos implantar os dois e nós implantamos tudo junto, o SAE e o CTA. Teve a contrapartida do município e o incentivo da aids.”* (técnica de enfermagem)

O serviço de DST/Aids está situado dentro de um Centro Médico de Especialidades. A técnica de enfermagem relata que acompanham 91 pacientes com HIV: *“Hoje nós temos 91 pacientes em acompanhamento e desses 91, 63 ou 64 em TARV”* (técnica de enfermagem). É também um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), portanto não recebe somente usuários portadores do vírus, mas população em geral para fazer o teste e buscar informações e preservativos.

No Centro Médico funcionam outros programas como Hiperdia (hipertensão e diabetes), Hanseníase, Tuberculose, e também uma unidade de pronto atendimento. O Centro Médico era anteriormente um hospital municipal. A entrada do SAE/CTA é na lateral do prédio, separada da entrada principal. No prédio principal funciona o CTA e o laboratório, e em um prédio anexo funcionam a Secretaria de Vigilância em Saúde e o SAE.

O laboratório é amplo e bem montado, com equipamentos novos. Ao lado do laboratório é feita a coleta de material em uma pequena sala, conjugada à recepção do CTA, onde a população em geral é atendida para marcação de exames e distribuição de preservativos. Os preservativos ficam numa gaveta nessa sala. Um caderno de controle de entrega fica também dentro da gaveta, onde são registrados os nomes das pessoas.

No prédio anexo funciona o SAE, constituído de uma sala onde atende a técnica de enfermagem, o consultório médico, uma sala de grupo e a sala da psicóloga. O restante do espaço é ocupado pela sala da Diretoria de Vigilância em Saúde. Na sala da técnica de enfermagem estão localizados os arquivos com os prontuários e armazenados os ARV. Para ali se dirigem os portadores do HIV em acompanhamento e tratamento no serviço. O consultório médico é pequeno e não tem janelas. Algumas vezes a médica atende também os pacientes do Programa em outro local, um consultório mais espaçoso no prédio principal, junto com outros programas.

Nesse prédio anexo estão sendo construídas duas novas salas para o Programa: outro consultório mais espaçoso e uma sala onde será instalada a farmácia.

A equipe do serviço é composta pela médica, clínica com treinamento em aids, a coordenadora municipal de DST/Aids, atualmente também a gerente do SAE, a psicóloga, a técnica de enfermagem, a farmacêutica e a assistente social. Apenas a gerente, a psicóloga, e a farmacêutica são exclusivas do Programa. Os outros profissionais atendem também outros programas e pacientes do Centro Médico: *“Não é fácil. Embora a gente tenha uma equipe muito boa. Se não fosse essa equipe a coisa seria difícil.”* (coordenadora) *“A psicóloga e a coordenação são efetivas, eu sou comissionada, a doutora é contratada, a assistente social eu não sei responder não,*

mas é vínculo com a Prefeitura. É como eles falam, onde está dando certo eles não procuram mexer.” (técnica de enfermagem)

A coordenadora é a responsável pelo SAE desde fevereiro deste ano e não teve um treinamento específico na área gerencial, mas sim em laboratório, sendo graduada em Biomedicina: *“Eu vim para cá e nós montamos o laboratório. Fui para o LACEN fazer capacitação em teste HIV. No início a gente só fazia Elisa anti HIV. Minha formação, praticamente, é toda em análises clínicas. Eu era dona de um laboratório aqui. O que eu sei sobre o Programa eu devo à coordenadora anterior. Ela me levava nas capacitações, onde eu comecei a ter uma idéia dessas coisas de saúde pública. Então eu comecei a participar mais efetivamente aqui.”* (coordenadora)

A médica é clínica geral com experiência em saúde pública e doenças infecciosas: *“Passei 20 anos no Peru fazendo Saúde Pública numa cidade que fica a quatro horas de Machu Picchu. Então eu voltei aqui para o Brasil, especificamente para Goiás. Comecei a trabalhar no pronto-socorro e depois no PSF. Todas as vezes que tinha um paciente com malária ou leishmania, que tinham ido trabalhar na Amazônia ou até na África, eles chegavam aqui e os colegas que tinham feito as capacitações não atendiam. Então eles disseram que eu tinha perfil para trabalhar com Saúde Pública e comecei a ir às capacitações.”* (médica) Fez o seu treinamento em aids no hospital de referência em Goiânia: *“Em 2006 eu fui fazer a capacitação no hospital de referência. Eram quatro meses. Tenho uma declaração. Horário integral, de segunda a sexta-feira. Eles ofereceram vagas para várias cidades. Inaugurou o SAE/CTA e eu comecei a trabalhar aqui. Então viram por bem juntar os Programas de doenças transmissíveis. E eu assumi todos eles. Há dois anos o Hiperdia estava sem continuidade, cada dia tiravam um médico de um PSF para atender. E então faz dois anos que estou acompanhando o Hiperdia.”* (médica).

Não relatam falta de preservativos, medicamentos para infecção oportunista ou outros insumos: *“Preservativo tem. Quando a gente vai fazer a entrega da medicação eu sempre ofereço o preservativo. Geralmente o gel é mais para homossexual. No primeiro atendimento a gente oferece, uns pegam, outros não, mais ou menos uns 50% pegam. Antirretroviral não falta, há muito tempo houve um problema com o Atazanavir, mas mesmo assim não faltou, a gente estava fracionando, mas não faltou. Até hoje não faltou nenhuma medicação. Fracionamos para ajudar, mas faltar não.”* (técnica de enfermagem).

A dispensação de ARV é feita pela técnica de enfermagem durante a pós-consulta, na sala onde atende os pacientes e onde são armazenados os ARV. Não há um espaço específico para a Unidade Dispensadora de Medicamentos.

A farmacêutica não dispensa medicamentos. Ela é a responsável pela coleta de material e realização de exames laboratoriais. Como é nova no serviço está sendo treinada pela coordenadora municipal: *“Quem fez toda a capacitação para dengue, HIV e hepatites fui eu. Eu fui para o LACEN. Como responsável pelo CTA que sou ainda. Então eu estou repassando para a farmacêutica, para que ela possa me ajudar. Porque senão eu não dou conta.”* (coordenadora)

A coleta é feita em uma sala ao lado do laboratório. Os exames Elisa para HIV, testes rápidos e marcadores de hepatites virais são feitos no serviço. Os pacientes são levados de carro para a capital uma vez por semana para coletar amostras para CD4 e CV. Os resultados não são demorados levando em média 15 a 20 dias para entrega do Elisa e da CV e CD4: *“Tem um carro que leva os pacientes uma vez por semana para Goiânia, nós mesmos é que levamos. Toda semana vão três ou quatro pacientes. O carro não tem nem um mês que conseguimos comprar, a gente tinha um velho que veio do Ministério. Esse agora compramos com o recurso do PAM, está zerinho, novinho. Usamos mais para a DST, para levar os pacientes, busca ativa de paciente.”* (técnica de enfermagem)

“Nós estamos entregando de quinze a vinte dias, tá? Carga viral colhe lá no LACEN. Demora quinze dias, mais ou menos. Geralmente, o paciente colhe hoje, em duas semanas já vem o resultado. De quinze a vinte dias. Mas depende do LACEN depende deles terem kit. Nós já ficamos mais tempo esperando por falta de kit deles. Aí eles atrasam.” *“No laboratório, a gente tem disponível a metodologia Elisa, os testes são adquiridos através da contrapartida. A prefeitura compra. Quando eu fiz a solicitação para licitação dos kits, que a gente faz todo ano, eu peço sempre de terceira geração. E o teste rápido a gente recebe da Coordenação Estadual. Ele é repassado mediante relatórios mensais. Temos também marcadores de hepatite B, são três que eu tenho que fazer.”* (coordenadora)

O SAE/CTA funciona todos os dias da semana de 8h às 17h. O horário da médica para atendimento dos pacientes é às terças feiras durante todo o dia. Em alguns outros dias da semana ela atende outras especialidades no Centro Médico e, eventualmente, algum atendimento extra ou de urgência de pacientes do Programa.

“No SAE a gente trabalha de segunda a sexta. A doutora faz o ambulatório dela na terça feira o dia todo, e na quarta pela manhã e a tarde ela tem um contrato na Secretaria de Saúde para atender outros programas. Ela atende Hiperdia, Tuberculose e Hanseníase. Como é aqui dentro, se o paciente com HIV precisar de um atendimento nesse dia ela encaixa os pacientes para nós, tirando isto só na terça feira. Agora na quinta, dia que ela não está de jeito nenhum, tem um médico do PSF que nos ajuda muito quando a gente precisa de atendimento e que não seja aquela emergência do próprio HIV. Porque às vezes é alguma outra patologia. Se precisar de alguma coisa, eu ligo para ele e ele atende. Sempre atende bem. Todos eles fazem referência para nós.” (técnica de enfermagem)

Os pacientes em acompanhamento ou pacientes novos chegam ao serviço e se dirigem inicialmente para a sala da técnica de enfermagem, que faz o acolhimento: *“Geralmente a primeira coisa que eles fazem é me procurar, independente para o que seja, seja para consulta, para medicação, queixa. Eu falo com as meninas que eu sou a multiuso. Os prontuários ficam nesta sala, converso muito, dependendo do paciente eu troco idéia, brinco um pouquinho, e direciono para a psicóloga ou a assistente social. Quando eles vêm referenciados de outros serviços eles vêm direto para mim. Os PSF mandam tudo para cá, aí eu converso com eles. Se o paciente está muito apreensivo eu vou conversando. Eu levo muito na brincadeira, meu negócio é brincar. Para que eles cheguem e conversem mais com a gente, eu vou brincando. Ele conversa comigo, diz que vai fazer o exame: ‘eu vou te contar, é que eu tive uma relação ontem.’ Você vai ter que explicar para ele que vai fazer aquele exame. Fazemos o acolhimento para o paciente. Quando ele não sabe o status sorológico dele e está muito apreensivo, se a psicóloga estiver, eu converso com ela, a gente dá uma orientação a mais para ele, eu encaminho para ela. Ele faz o aconselhamento individual com a psicóloga e é encaminhado para fazer os exames. O acolhimento nosso ao paciente, eu acho que é muito bom.” (técnica de enfermagem)*

Atualmente, o perfil da maioria dos usuários do serviço é de casais de meia idade: *“Cada ano muda. Quando a gente abriu o SAE o perfil do usuário era homossexual, em 2007. Em 2009 foi adolescente, gente o que deu de adolescente! Em 2010 mais ou menos, foi o idoso. No ano de 2009 e 2010, a gente trabalhou muito com idoso. Este ano a gente está com muitos casais, principalmente os dois HIV.” (técnica de enfermagem)* *“O nosso perfil atual é de casais de meia idade.” (psicóloga)*

Aconselhamento pré-teste é realizado em grupos e o pós-teste individualmente pela psicóloga, pela coordenadora ou pela médica. *“O aconselhamento é coletivo.*

Quando a pessoa chega, a população em geral, o aconselhamento é coletivo. No pós-teste a gente faz individual. No caso de resultado positivo a gente já mobiliza toda a equipe. Então precisamos colher uma segunda amostra do paciente. Já chamamos o paciente para que ele não precise esperar muito.” (coordenadora)

A psicóloga faz aconselhamentos pós-testes, atendimentos individuais psicoterápicos e coordena o grupo de adesão junto com a assistente social: *“Eu faço o aconselhamento pré-teste e participo também dos pós. Só nas sextas-feiras que eu não trabalho aqui. O atendimento individual é às quartas-feiras à tarde. O paciente já sabe que quarta-feira à tarde eu estou aqui. Se ele precisa, ele vem. Tem alguns que já fazem o acompanhamento psicoterápico mesmo. Eles vêm toda semana. Outros não vêm toda semana, vêm quando sentem necessidade. A gente já tem um vínculo com eles. Eles vêm quando eles querem conversar alguma coisa. De quinze em quinze dias. Porque intercalado acontece a nossa agenda do grupo de adesão. Uma semana é atividade manual, outra semana é temática. A gente trabalha temas e rodas de conversa com eles.”* (psicóloga)

Os pacientes são agendados por turno da manhã e da tarde. Em média são atendidos 10 a 12 pacientes por dia e são deixados horários vagos para pacientes extras ou não agendados. A consulta médica leva em torno de 40m para casos novos e 30m para os retornos: *“Agendamento sou eu que faço. Eu marco por período, não tem hora não. Ela começa geralmente a atender geralmente às 8, até as 11 horas. Nesse período eu marco três ou quatro pacientes para ela. Se chegar outros nós encaixamos Tem paciente que é rapidinho e tem outros que demoram, dá até preguiça. Agora outros a gente tem quase que mandar eles voltarem, porque saem de lá correndo. De tarde a marcação é a partir das 13 horas até as 5. “Geralmente eles já saem daqui com retorno marcado, a gente já deixa agendado ou então telefonamos e eles vêm.”* (técnica de enfermagem)

Todos são atendidos pela médica no dia em que ela se encontra no serviço: *“Geralmente os pacientes que chegam na hora, uma emergência, eles são atendidos. A não ser quando é não é uma coisa muito séria ou num dia muito cheio de gente, a gente encaixa. Porque também não adianta atender todo mundo e deixar o mal feito, né?”* (técnica de enfermagem)

Os pacientes retornam geralmente em 30 a 60 dias e em torno de 15 dias no começo do tratamento. A consulta médica é focada nas queixas do paciente e o exame físico é sucinto. A médica é incisiva em relação a uso do ARV e à responsabilidade do paciente em relação ao tratamento. Nas consultas observadas os pacientes não puderam

expressar livremente suas preocupações e angústias. Os pacientes são orientados a procurar a técnica de enfermagem após o atendimento médico, para maiores esclarecimentos quanto ao uso das medicações em geral e para os encaminhamentos, marcações de consultas ou exames. Pôde ser observado que alguns pacientes saem do consultório médico sem a devida orientação sobre o uso dos antirretrovirais e sobre sua condição clínica. Essa responsabilidade é repassada a outros membros da equipe, principalmente para a técnica de enfermagem.

Não há enfermeira na equipe e a farmacêutica não dispensa ARV. As pré-consultas, pós-consultas e dispensação de medicamentos são feitos pela técnica de enfermagem. Não é medida a pressão ou peso do paciente. Durante a pós consulta ela entrega os ARV e outros medicamentos, orienta o paciente quanto ao uso e faz os encaminhamentos necessários ou solicitados pela médica. E principalmente, é ela quem escuta o paciente sobre suas preocupações em relação à doença e ao tratamento. *“Eu fui fazer um estágio em Goiânia para dispensação de medicação. Lá tem uma janela entre o paciente e o profissional, na hora de entregar é uma janelinha pequenininha. Aqui não, o paciente vem, senta, conversa, a gente explica.”* (técnica de enfermagem) Seu atendimento é longo, ela faz algumas perguntas sobre a forma como o paciente contraiu o vírus, comportamentos, práticas sexuais e relacionamentos afetivos, incentivando o paciente a expressar suas dificuldades e a partir daí esclarece sobre sintomas, medicamentos, exames e riscos.

A assistente social não é exclusiva do Programa: *“Sou assistente social do Centro Médico, mas tenho horas para me dedicar ao Programa. Se eu tivesse o horário integral aqui daria para fazer muito mais. Montar um departamento de serviço social dentro do SAE/CTA, por exemplo. Daria também para fazer as visitas domiciliares, que fazem parte do serviço social. A gente poderia trabalhar, não só o usuário aqui, mas também trabalhar a família. Poderíamos trabalhar em rede com o CREAS, com Bolsa Família, uma série de outros programas. Para isto eu teria que estar aqui tempo integral. Mas ainda não houve essa possibilidade. Aqui eu sou mais específica para o grupo de adesão. Tenho a vantagem de que, além de ser assistente social, gosto de artesanato, eu sei muita coisa de artesanato. Então as oficinas daqui só eu que dou para eles. Mesmo porque, segundo a informação que eu tenho, pelo Programa não haveria possibilidade de contratar uma pessoa, um professor.”* (assistente social)

Pôde ser observado que os profissionais da equipe fazem encaminhamentos uns para os outros e compartilham entre si vários momentos do processo de trabalho. Desta forma, a assistente social e a psicóloga trabalham juntas com o grupo de adesão e mantém contato freqüente com a técnica de enfermagem e a médica: *“Sempre eu estou aqui de manhã. Quando acontece alguma coisa a técnica de enfermagem me chama. Ou a doutora precisa, às vezes, me chama, também. Então quando precisam, quando a técnica está com eles lá dentro da sala, na consulta de enfermagem, ela pede para me chamar. Conversamos com o paciente junto, no primeiro momento. Discutimos os casos”* (psicóloga). A psicóloga relatou ainda que gostaria de atender em conjunto com a médica, mas não surgiu a oportunidade.

Não há um critério pré-estabelecido e padronizado para convocação dos pacientes faltosos, mas eles são contatados por telefone ou pessoalmente, desde que assinado o termo de consentimento: *“Quando eles autorizam a gente vai atrás, mas alguns não autorizam, eu estou com pacientes que a gente precisava ir atrás e não tem como porque não autorizaram.”* (técnica de enfermagem) *“Quando o paciente não vem, ela costuma ligar para o paciente. Agora eu não, eu vou ser sincera, não sei se tem algum caso de abandono. Isto aí eu tenho que ver com a técnica.”* (coordenadora). *“A gente tenta contato telefônico e visita. Tenta fazer visita. Agora vai ficar mais fácil, porque a gente estava com problema de carro. Agora que chegou um carro novo penso que vai melhorar, neste segundo semestre, a gente vai conseguir fazer as visitas.”* (psicóloga)

A adesão aos ARV é trabalhada com os pacientes por vários profissionais da equipe, principalmente a técnica de enfermagem, psicóloga e a assistente social: *“Trabalhamos adesão no dia a dia.”* (psicóloga). A técnica de enfermagem faz um trabalho individual de adesão com os pacientes: *“Mas o que a gente pode fazer aqui nós fazemos, vou atrás, ligo, pergunto, a gente inventa maneiras e maneiras da pessoa ingerir a medicação, até miolo de pão, para ver se melhora um pouco. Se precisar vem para cá, a doutora passa medicação injetável a gente faz. Tudo que você puder imaginar para o paciente ingerir a medicação a gente faz. Porém, tem aquele que não consegue mesmo. E tem família que dificulta. Tem família que em vez de falar ‘fulano você tem que tomar’ eles falam ‘não, essa medicação vai fazer mal para minha mãe, minha mãe não tomava e não sentia nada’. Aí você tem que ser um pouco rígida com a pessoa. A gente tenta de todas as maneiras antes de pedir para eles assinarem aquele termo que tira a responsabilidade da gente também. Tentamos de tudo com o paciente.”*

Só falta eu ir até a casa dele e por a medicação na boca. Aí eu acho que forma um vínculo muito forte, a gente pega uma responsabilidade que a gente não vai dar conta de fazer para todos. Eles pensam que a gente é obrigada, e fica aquela responsabilidade com eles.” (técnica de enfermagem)

Além disto, um grupo de adesão com cerca de oito pacientes tem reuniões quinzenais no serviço e fazem também trabalhos artesanais e organizam eventos sociais: *“A gente tem grupo de adesão também, nas quartas feiras, a gente já marca, deixa agendado. O grupo de adesão é a assistente social e a psicóloga. Às vezes a gente vai lá, participa um pouquinho, brinca um pouquinho. Mas a coordenação é delas. Eu dou o suporte.”* (técnica de enfermagem)

A equipe realiza também oficinas de artesanato e caminhadas com os pacientes: *“As oficinas são de quinze em quinze dias. Intercalado acontece a nossa agenda do grupo de adesão. Uma semana é atividade manual, outra semana é temática. A gente trabalha temas com eles e roda de conversa. O grupo é pequeno ainda. A gente não consegue que eles venham e acompanhem certinho. O grupo tem em média oito, seis pessoas. Não passou disso, ainda.”* (psicóloga)

Os registros são feitos em prontuários e folhas padronizadas e são utilizados por todos os profissionais do Centro Médico. Ficam na sala da técnica de enfermagem, em arquivos. Ela arquiva e organiza os prontuários. Fazem registros dos atendimentos todos os médicos, a psicóloga e a assistente social. Os prontuários são organizados e estão ali disponíveis os exames realizados pelo paciente e os esquemas ARV utilizados. Os registros da médica são sumários: não há registro de anamneses em primeiras consultas, apenas as queixas e condutas básicas. Os registros da psicóloga são mais completos. A técnica de enfermagem não registra seus atendimentos: *“Então, o paciente chega e é aberto o prontuário. O prontuário é único. Só um prontuário por paciente. Então, por exemplo, se houver um atendimento com a psicóloga, ela vai, olha o que o paciente está tomando, faz toda a avaliação e anota no prontuário. Se ela faz alguma observação, ela coloca também no prontuário, para dar sequência. Além da psicóloga, que eu saiba, tem sido a doutora. Eu, particularmente, não, não utilizo muito o prontuário.”* (coordenadora) As reuniões do grupo de adesão também são registradas em ata: *“Das oficinas, a gente registra num caderno a parte essas atividades manuais. Agora, dos grupos temáticos, fazemos ata.”* (psicóloga)

Os encaminhamentos para interconsultas são feitos principalmente pela técnica de enfermagem quando solicitados pela médica ou a pedido do paciente. *“A gente tem ginecologia que é aqui dentro do hospital. Todos os nossos pacientes que são para especialidades, a gente agenda, ginecologia, neurologia, proctologia. A gente consegue. A gente mesmo agenda, não mandamos o paciente.”* (técnica de enfermagem)

O Centro Médico serve de apoio ao SAE para vários tipos de atendimento, interconsultas e outras modalidades assistenciais. *“O serviço não tem hospital dia. A gente trabalha com o que tem. Por exemplo, ambulatório, se a doutora estiver aqui na terça-feira e se tiver um paciente que precisa tomar medicação injetável tem um lugar aqui. O programa não tem enfermeira, mas o hospital tem, aqui mesmo, tem local aqui se precisar para aplicar alguma medicação, dentro do SAE não temos, mas dentro do hospital a gente tem tudo. Ela prescreve, e a gente consegue. Não tem leito dia, mas se precisar nós temos leito aqui no Centro Médico, pelo menos um ou dois. Não temos muitos pacientes.”* (técnica de enfermagem)

As internações são encaminhadas para o hospital municipal ou para o hospital de referência em Goiânia: *“Para internação a gente tem o hospital municipal, que é nossa referência. A doutora faz o encaminhamento e a gente leva o paciente para o pronto-socorro. Se é um paciente grave, nós temos o hospital em Goiânia, não ficamos com o paciente não, é só estabilizar.”* (técnica de enfermagem)

Além de internações, a direção do hospital em Goiânia controla as opções terapêuticas do ARV do serviço e tem a prerrogativa de autorizar ou não determinado esquema. A médica se refere ao hospital como apoio e referência técnica: *“É nossa referência. Todo paciente que ingressa tratamento eu passo por fax para o Comitê Estadual fazer a avaliação do paciente, a situação que está e o esquema que eu estou introduzindo. E troca de esquema também. Conto com o apoio deles. Lá tem um médico de referência e qualquer dúvida que eu tenha, ou qualquer dificuldade, eu ligo e falo com o doutor de lá. Então tenho apoio para trabalhar. Não fica solto, não tem dificuldade por isso. A gente tem quem apóie a gente em todos os níveis. Eu não tenho muito acesso à Coordenação Estadual, mas tenho o hospital em Goiânia. Com os colegas que são maravilhosos, eles me deram uma amplitude. Tinha um médico só para gestante. Então, as gestantes também passaram a ser acompanhadas aqui, antes eram todas encaminhadas para o hospital.”* (médica)

Os profissionais relatam que o paciente estabelece um vínculo diferenciado com o Programa: *“Eles gostam do serviço, se sentem bem aqui. Muitos deles manifestam isto. Eu acho que é esse tratamento diferenciado, que realmente é característica do Programa de DST/Aids. O paciente, ele tem quando ele precisa, quer dizer, ele não fica na mão, igual fica em outras áreas da assistência do SUS, por exemplo. O nosso paciente não tem isto de não ser atendido. Sempre se dá um jeito.”* (psicóloga) *“Eu acho que eles se sentem muito mais tranquilos porque eles sabem que a gente sabe que ele é HIV positivo. E que, muitas vezes, eles não podem fazer isto com a família. Então a gente passa a ser uma família deles.”* (coordenadora)

O serviço fornece cestas básicas para alguns usuários que necessitam: *“Fornecemos cesta básica para quem está precisando. Porque tem pessoas que, realmente precisam, perdem emprego, alguns pedem para gente. Nós vemos se há necessidade mesmo ou não. A gente faz palestras em algumas empresas e elas nos fornecem a cesta básica e repassamos para eles.”* (coordenadora)

Relatam ser boa a articulação do serviço com a Atenção Básica, especialmente com alguns PSF do município, e com outros programas. Além do médico de um dos PSF que atende algumas urgências em pacientes do Programa, existe um fluxo de referência e contrarreferência com outros PSF e o Programa promove capacitações para os profissionais: *“Há dois anos a gente fez uma capacitação para os profissionais de saúde. Chamamos todos os municípios e todos os médicos que quiseram assistir.”* (médica) *“Eles encaminham. Quando a gente precisa, também a gente encaminha pra eles. Tem uma articulação boa.”* (psicóloga). *“Às vezes, a gente vai ao PSF coletar amostras de pessoas que estão lá.”* (coordenadora) Fazem ações de testagem no presídio da cidade e em prostíbulos em parceria com o PSF: *“E fizemos também parceria com outro PSF situado em uma região de prostíbulo, fizemos parceria com a enfermeira, ela vai coletar o papanicolau e distribuir o preventivo.”* (coordenadora)

As reuniões de equipe acontecem no serviço uma vez por semana desde alguns meses atrás: *“Este ano, nós começamos a fazer reuniões da equipe semanalmente. A gente não tinha isto. Eu acho que toda equipe tem que estar interagindo.”* (coordenadora)

Existe uma padronização de conduta e os prontuários são padronizados. Os protocolos de atendimento, registros e prontuários foram adaptados de outros serviços.

As atas do grupo de adesão e registros das oficinas são elaborados pelos profissionais da equipe.

Os profissionais participam de atualizações e congressos custeados pelo Programa Municipal com regularidade: *“Sempre quando tem alguma coisa que é da nossa área. A coordenadora sempre fala: ‘O momento, é interessante para a doutora. É melhor para ela. Ou para a psicóloga’. O último congresso que teve no ano passado, eu fui convidada, mas eu tive um problema pessoal e acabei não indo. Mas sempre tem abertura, sim. Deveria ter mais.”* (psicóloga)

São relatadas supervisões informais entre os membros da equipe: *“A gente está sempre supervisionando um ao outro. Não diria uma supervisão, mas quando tem alguma coisa que a gente acha que está errado a gente reúne a equipe, conversa, procura saber o que está errado, e se tem necessidade dá um puxão de orelha. Essa é nossa supervisão, é mais uma reunião de equipe para a gente apontar o que fez de errado.”* (técnica de enfermagem)

As avaliações no serviço são feitas através de oficinas promovidas pela Coordenação Estadual de DST/Aids: *“Essa é outro tipo de avaliação que a gente tem. Nós levamos e mostramos o que a gente está fazendo. Agora vir alguém aqui para nos avaliar, assim, pessoalmente, não tem vindo. A senhora é a primeira.”* (coordenadora)

Sobre as principais dificuldades no serviço a coordenadora relata a contratação de novos técnicos para a equipe: *“Olha, o grande problema é você conseguir pessoas para trabalhar. Porque não é qualquer pessoa que você pode ter no seu serviço que vai responder aquilo que você quer. Isto não depende da gente. Isto depende do gestor, depende de outras coisas. Então quando tem que contratar, a gente pede ao gestor. Mas, muitas vezes, não dá. Então, eu acho assim, o número de pessoas, as pessoas que vem, é uma dificuldade que a gente tem.”* (coordenadora)

Como diferencial do serviço os profissionais relatam a presença do Conselho de Saúde dentro do Centro Médico. O Conselho tem uma sala, onde são feitas reuniões semanais, o que possibilita o contato regular dos membros do Conselho com os usuários e funcionários: *“Em termos do Conselho, o Conselho fica aqui do lado. Ele tem fiscalizado, ele sempre fiscaliza. E a gente, graças a Deus, não tem problema com ninguém.”* (coordenadora) O município tem também uma ONG-Aids, que se encontra irregular junto à Prefeitura e está sendo apoiada pelo Programa para solucionar as questões burocráticas: *“Agora a gente tem parcerias, como de uma ONG daqui que*

está irregular e como nós vamos ter uma Parada Gay, estamos tentando ajudar.”
(coordenadora)

6.2.3 Comparação dos resultados obtidos no Sistema Qualiaids e no presente estudo

Quadro Analítico II

A- Disponibilidade de Recursos

Categorias Avaliativas Qualiaids	Entrevistas, observação e prontuários	Questões Qualiaids
<p>1-Infraestrutura básica</p> <p>Estrutura física</p>	<p>O serviço está inserido em um Centro Médico que era anteriormente um hospital municipal. A entrada do SAE/CTA é na lateral do prédio, separada da entrada principal. No prédio principal funciona o CTA e o laboratório, e em um prédio anexo funcionam a Secretaria de Vigilância em Saúde e o SAE.</p> <p>O laboratório é amplo e bem montado, com equipamentos novos. Ao lado do laboratório funciona uma pequena sala para coleta de material, e uma recepção onde a população em geral é atendida para marcação de exames e distribuição. O SAE funciona em um prédio anexo. Um consultório pequeno e sem janela, a sala da técnica de enfermagem onde ficam os ARV e outra sala onde trabalham a psicóloga e a assistente social.</p>	<p>Questão 10 –Qual número de consultórios e salas para atendimento.</p> <p>Resposta: 01 consultório médico, 1 sala enfermagem, 2 salas para atendimento individual</p> <p>Padrão 2</p>
<p>2-Acesso</p> <p>2.1-Local de dispensação de ARV</p>	<p>Não há um local específico para a farmácia. Os ARV são dispensados na sala da técnica de enfermagem, onde estão as estantes e geladeira. A técnica entrega os ARV e orienta o paciente sobre seu uso. A farmacêutica do Programa trabalha apenas no laboratório. Não faz dispensação de medicamentos.</p>	<p>Questão 73. “Caso esse serviço não dispense antirretrovirais, a dispensação na unidade de referência:</p> <p>Não se aplica, pois esse serviço dispensa ARV</p> <p>Missing</p>
<p>2.2-Coleta de exames.</p>	<p>O serviço faz teste Elisa, marcadores de hepatites, e outros exames de rotina. A coleta é feita em uma sala ao lado do laboratório Faz também o teste rápido para HIV. CD4 e CV são coletados em Goiânia. Os pacientes são levados de carro. <i>“Tem um carro que leva os pacientes uma vez por semana para Goiânia, nós mesmos é que levamos, são três pacientes. Toda semana vão 3 ou 4 pacientes.”</i> (técnica de enfermagem)</p>	<p>Questão 75- Quanto aos exames laboratoriais, esse serviço:</p> <p>Coleta parte dos exames no serviço e encaminha outros para coleta em laboratório de referência</p> <p>Padrão=1</p>

<p>2.3-Horário de funcionamento do serviço</p> <p>2.4-Horários de agendamento</p>	<p>O SAE/CTA funciona todos os dias da semana de 8h às 17h. O horário da médica para atendimento dos pacientes do Programa é às terças feiras durante todo o dia. Em alguns outros dias da semana ela atende outras especialidades no Centro Médico e, eventualmente, algum atendimento extra ou de urgência de pacientes HIV.</p> <p><i>“No SAE a gente trabalha de segunda a sexta. A doutora faz o ambulatório dela na terça-feira o dia todo e na quarta pela manhã e a tarde ela tem um contrato na Secretaria de Saúde para atender outros programas. Ela atende hiperdía, tuberculose e hanseníase. Como é aqui dentro, se o paciente com HIV precisar de um atendimento nesse dia ela encaixa os pacientes para nós, tirando isto só na terça-feira.”</i> (técnica)</p> <p>As consultas são marcadas por períodos, manhã e tarde. Cerca de oito pacientes por período. <i>‘Eu marco por período, não tem hora não. Ela começa geralmente a atender às 8, até as 11. Nesse período eu marco três ou quatro pacientes para ela. Se chegar outro, nós encaixamos.’</i> (técnica)</p>	<p>Questão 7- Quantos dias por semana o ambulatório de HIV/Aids está aberto ao público.</p> <p>5 dias por semana</p> <p>Descritiva</p> <p>Questão 8- Quantas horas por dia o ambulatório está aberto ao público</p> <p>4 horas por dia.</p> <p>Padrão =0</p> <p>Questão 34- As consultas médicas são agendadas:</p> <p>Por bloco de pacientes</p> <p>Padrão= 1</p>
<p>3-Recursos humanos</p> <p>3.1- Capacitação e experiência dos infectologistas e clínicos, número de médicos e número de profissionais não médicos.</p> <p>3.2-Perfil e formação do gerente</p>	<p>A médica é clínica com treinamento em HIV realizado no hospital de referência em Goiânia Há quatro anos trabalha atendendo pacientes com aids. <i>“Em 2006 eu fui fazer a capacitação lá no hospital de referência em Goiânia. Eram quatro meses. Tenho uma declaração. Horário integral, de segunda a sexta-feira. Eles ofereceram vagas para várias cidades. E, então, inaugurou o SAE/CTA e eu comecei a trabalhar aqui.”</i> (médica)</p> <p>A coordenadora é a responsável pelo SAE desde fevereiro deste ano e não teve um treinamento específico na área gerencial, mas sim em laboratório: <i>“Eu vim para cá e nós montamos o laboratório. A minha formação, praticamente, é toda em análises clínicas. O que eu sei sobre o Programa eu devo à coordenadora anterior. Ela começou a me levar nas capacitações, onde eu comecei a ter uma idéia dessas coisas de saúde pública. Então eu comecei a participar mais efetivamente aqui.”</i> (coordenadora)</p>	<p>Questão 14- Tempo médio de experiência do médico</p> <p>Menos de 5 anos</p> <p>Padrão=0</p> <p>Questão 15-Carga horária semanal dos médicos</p> <p>- 8 horas semanais</p> <p>Padrão= 0</p> <p>Questão 16- Disponibilidade de profissionais responsáveis pelo atendimento ambulatorial de rotina.</p> <p>Padrão= 2</p>

		<p>Questão 89: O gerente administrativo possui formação para atividade gerencial?</p> <p>Sim, através de cursos na área gerencial</p> <p>Padrão=1</p> <p>Questão 92- Há quanto tempo o coordenador técnico exerce atividades de coordenação técnica.</p> <p>Menos de 01 ano</p> <p>Padrão= 1</p>
<p>4- Medicamentos, exames e referências</p> <p>4-1 ARV e medicamentos para infecções oportunistas</p>	<p>Não foi relatada falta de ARV ou outros medicamentos. <i>“Antirretroviral não falta, há muito tempo houve um problema com o Atazanavir, mas mesmo assim não faltou, a gente estava fracionando, mas não faltou. Até hoje não faltou nenhuma medicação. A gente fraciona para ajudar, mas faltar não.”</i> (técnica de enfermagem).</p>	<p>Questão 67-Disponibilidade de ARV</p> <p>Padrão=2</p> <p>Questão 69- Tempo para dispensação na 1ª prescrição</p> <p>Padrão=1</p> <p>Questão 72- Disponibilidade de ARV nos últimos seis meses</p> <p>Padrão= 2</p>
<p>4.2-Modalidades assistenciais e especialistas</p>	<p>O SAE funciona em conjunto com o CTA. Não há hospital dia, mas quando necessitam, usam leitos do centro médico. Não há assistência domiciliar terapêutica ou outras modalidades. Por estar localizado dentro de um centro de especialidades, a marcação de consultas é feita sem demora. A técnica de enfermagem é quem faz os agendamentos, geralmente. <i>“A gente tem ginecologia que é aqui dentro do hospital. Todos os nossos pacientes que são para especialidades, a gente agenda, ginecologia, neurologia, proctologia. A gente consegue. A gente mesmo agenda, não mandamos o paciente.”</i></p>	<p>Questão 74-Acesso a modalidades assistenciais dirigidas a pacientes HIV</p> <p>Padrão= 1</p> <p>Questão 80- Acesso a</p>

	(técnica de enfermagem)	especialidades e tempo de espera Padrão= 2
4.3- Exames laboratoriais e outros. CV e CD4	CV e CD4 são realizados no laboratório central em Goiânia. Para exames de rotina, são coletadas amostras no serviço e encaminhados para o LACEN Exames anti HIV são realizados no serviço, inclusive testes rápidos. Também alguns marcadores para hepatites.	Questão 76- Disponibilidade de exames laboratoriais e tempo de espera Padrão=1 Questão 77-Disponibilidade de exames (imagem e específicos) Padrão= 0 Questão 78-Disponibilidade de cotas de CD4 Padrão=2 Questão 79-Disponibilidade de cotas de CV Padrão=2

Organização da Assistência

1-Orientações e Aconselhamento	Aconselhamento pré-teste é realizado em grupos e o pós- teste individualmente pela psicóloga, pela coordenadora ou pela médica. <i>“O aconselhamento é coletivo. Quando a pessoa chega, a população em geral, o aconselhamento é coletivo. No pós-teste a gente faz individual. No caso de resultado positivo a gente já mobiliza toda a equipe. Então precisamos colher uma segunda amostra do paciente. Já chamamos o paciente para que ele não precise esperar muito.”</i> (coordenadora) <i>“Eu faço o aconselhamento pré-teste e participo, também, dos pós. Só nas sextas-feiras que</i>	Questão 23- Como são realizados os aconselhamentos. Padrão=2 Questão 24- Por quem são realizados os aconselhamentos
1.1 Aconselhamento pré e pós-teste		
1.2Direitos reprodutivos		

<p>1.3 Orientação sobre uso de ARV</p>	<p><i>eu não trabalho aqui.</i>" (psicóloga)</p> <p>Nas consultas observadas, os pacientes foram orientados pela médica a procurar a técnica de enfermagem após o atendimento médico, para maiores esclarecimentos quanto ao uso das medicações em geral e para os encaminhamentos, marcações de consultas ou exames. Pôde ser observado que alguns pacientes saem do consultório médico sem a devida orientação sobre o uso dos antirretrovirais e sobre sua condição clínica. Durante a pós consulta a técnica de enfermagem dispensa os ARV e orienta o paciente quanto ao uso e faz os encaminhamentos necessários ou solicitados pela médica.</p>	<p>Padrão= 2</p> <p>Questão 53- Conduta do profissional em relação ao desejo de ter filho;</p> <p>Padrão= 2</p> <p>Questão 68-Como é realizada a orientação do uso de ARV.</p> <p>Padrão=2</p>
<p>2- Acolhimento</p>	<p>Os pacientes em acompanhamento ou pacientes novos chegam ao serviço e se dirigem inicialmente para a sala da técnica de enfermagem, que faz o acolhimento: <i>"Geralmente a primeira coisa que eles fazem é me procurar, independente para o que seja, seja para consulta, para medicação, queixa. Os prontuários ficam nesta sala, converso muito, dependendo do paciente eu troco idéia, brinco um pouquinho, e direciono para a psicóloga ou a assistente social. Quando eles vêm referenciados de outros serviços eles vêm direto para mim. Os PSF mandam tudo para cá, aí eu converso com eles. Se o paciente é muito apreensivo eu vou conversando. Para que eles cheguem e conversem mais com a gente, eu vou brincando.. Fazemos o acolhimento para o paciente. Quando ele não sabe o status sorológico dele, e está muito apreensivo, se a psicóloga estiver eu converso com ela, a gente dá uma orientação a mais para ele, e encaminhado para ela. Ele faz o aconselhamento individual com a psicóloga e é encaminhado para fazer os exames. O acolhimento nosso ao paciente eu acho que é muito bom.</i>" (técnica de enfermagem)</p>	<p>Questão 26-Pacientes que procuram o serviço pela primeira vez.</p> <p>Padrão=0</p> <p>Questão 27- Atividades realizadas no primeiro atendimento.</p> <p>Padrão=2</p> <p>Questão 28 – Paciente não matriculado no serviço.</p> <p>Sem pontuação –missing</p> <p>Questão 29-Agendamento da consulta após o primeiro atendimento.</p> <p>Padrão=2</p> <p>Questão 30-Intervalo entre o 1º atendimento e a 1ª consulta.</p> <p>Padrão=2</p>
<p>3-Rotina da assistência da enfermagem- atendimento e atividades do enfermeiro.</p>	<p>Não há enfermeira na equipe. As pré-consultas e pós-consultas são feitas pela técnica de enfermagem. Não é medida a pressão ou peso do paciente. Durante a pós consulta a técnica de enfermagem dispensa os ARV e orienta o paciente quanto ao uso e faz os encaminhamentos necessários ou solicitados pela médica. E principalmente, é ela quem escuta o paciente sobre suas preocupações em relação à doença e ao tratamento. <i>"Eu fui fazer um estágio no hospital em Goiânia para</i></p>	<p>Questão 31-Atendimento pré-consulta.</p> <p>Padrão=0</p> <p>Questão 32-Pré-consulta da</p>

	<p><i>dispensação de medicação, tem uma janela entre o paciente e o profissional, na hora de entregar é uma janelinha pequeninha. Aqui não, o paciente vem, senta, conversa, a gente explica. “(técnica de enfermagem) Seu atendimento é longo, ela faz algumas perguntas sobre a forma como o paciente contraiu o vírus, comportamentos, práticas sexuais e relacionamentos afetivos incentivando o paciente a expressar suas dificuldades e a partir daí esclarece sobre sintomas, medicamentos, exames e riscos.</i></p>	<p>enfermagem. Padrão=2 Questão 52-Pós-consulta com enfermagem. Padrão= 2 Questão 60-Atividades do técnico de enfermagem. Padrão=2 Questão 61-Atividades do enfermeiro. Padrão=1 Questão 62-Atividades da consulta de enfermagem. Padrão=2</p>
<p>4-Organização da assistência médica</p> <p>4.1- Tempo de consulta ou clínico</p> <p>4.2-Trabalho do infecto</p> <p>4.3-Intervalo entre consultas</p> <p>4.4-Atendimento de extras</p>	<p>A consulta médica leva em torno de 40m para casos novos e 30m para os retornos. <i>“Eu marco por período, não tem hora não. Ela começa geralmente a atender geralmente às 8, das 8 as 11. Nesse período eu marco três ou quatro pacientes para ela. Se chegar outros nós encaixamos Tem paciente que é rapidinho e tem outros que demora. Os pacientes retornam geralmente em 30 a 60 dias e em torno de 15 dias no começo do tratamento. A consulta médica é focada nas queixas do paciente e o exame físico é sucinto.</i></p>	<p>Questão 35 e 36- Quantas consultas são marcadas por período de 4 h e nº de consultas para casos novos pré-estabelecido Padrão = 1 e 0 Questão 42 e 43 - Duração da consulta para casos novos e retornos Padrão=1 e 0 Questão 44- Atividades do médico na consulta Padrão=2 Questão 45, 46 e 47- Intervalo entre consultas para pacientes que não estão em uso de ARV, em uso de</p>

		<p>ARV e na introdução da TARV. Padrões= 2, 2 e 2 Questões- 57,58 e 59 – Atendimento médico dos extras. Como o serviço soluciona, motivo das consultas extras e atividades nessas consultas Padrão= 2, 2 e 2</p>
<p>5- Organização e rotina da assistência de outros profissionais (farmacêutico, psicólogo, assistente social e atendimento odontológico)</p>	<p>A farmacêutica da equipe executa suas tarefas no laboratório. Não realiza atividades de dispensação de ARV. A dispensação é feita pela técnica de enfermagem. Esta faz também pré e pós consultas.</p> <p>A psicóloga, além de participar dos aconselhamentos, faz também atendimentos individuais psicoterápicos e coordena o grupo de adesão junto com a assistente social. <i>”O atendimento individual é às quartas-feiras à tarde. O paciente já sabe que quarta-feira à tarde eu estou aqui. Se ele precisa, ele vem. Tem alguns que já fazem o acompanhamento psicoterápico mesmo. Eles vêm toda semana. Outros não vêm toda semana, vêm quando sentem necessidade. A gente já tem um vínculo com eles. Eles vêm quando eles querem conversar alguma coisa. De quinze em quinze dias. Porque intercalado acontece a nossa agenda do grupo de adesão. Uma semana é atividade manual, outra semana é temática. A gente trabalha temas e rodas de conversa com eles.”</i> (psicóloga).</p> <p>A assistente social não é exclusiva do Programa: <i>“Sou assistente social do Centro Médico, mas tenho horas quando eu me dedico para o Programa. Se eu tivesse o horário integral aqui daria pra fazer muito mais. Montar um departamento de serviço social dentro do SAE/CTA, por exemplo. Daria também para fazer as visitas domiciliares, que fazem parte do serviço social. A gente poderia trabalhar não só o usuário aqui, mas também trabalhar a família. Poderíamos trabalhar em rede com o CREAS, com Bolsa Família, uma série de outros programas. Para isto, eu teria que estar aqui tempo integral. Mas ainda não houve essa possibilidade. Aqui eu sou mais específica para o grupo de adesão. Tenho a vantagem de que, além de ser assistente social, gosto de artesanato, eu sei muita coisa de artesanato. Então as oficinas, daqui só eu que dou para eles. Mesmo porque, segundo a informação que eu tenho, pelo Programa não haveria possibilidade de contratar uma pessoa, um professor.”</i> (assistente social)</p> <p>Não há serviço de odontologia no Centro de Especialidades, o que dificulta o encaminhamento dos pacientes do</p>	<p>Questão 38- Acesso ao atendimento odontológico Padrão=0 Questão 63, 64,65 – Atendimento do psicólogo, assistente social e farmacêutico Padrão= 2, 2 2</p>

	Programa para este profissional.	
6-Organização geral do trabalho 6.1-Convocação de faltosos 6.2-Padronização de condutas 6.3-Fluxo de encaminhamento entre profissionais	<p>Não há um critério pré-estabelecido e padronizado para convocação dos pacientes faltosos, mas eles são contatados por telefone ou pessoalmente, desde que assinado o termo de consentimento: <i>“Quando eles autorizam a gente vai atrás, mas alguns não autorizam, eu estou com pacientes que a gente precisava ir atrás e não tem como porque não autorizaram.”</i> (técnica de enfermagem) <i>“Quando o paciente não vem, ela costuma ligar para o paciente. Agora eu não, eu vou ser sincera, não sei se tem algum caso de abandono. Isto aí eu tenho que ver com a técnica.”</i> (coordenadora). <i>“A gente tenta contato telefônico e visita. Tenta fazer visita. Agora vai ficar mais fácil porque a gente estava com problema de carro. Agora que chegou um carro novo penso que vai melhorar, neste segundo semestre, a gente vai conseguir fazer as visitas.”</i> (psicóloga)</p> <p>Segundo os relatos, os encaminhamentos são feitos entre eles, por todos da equipe. Encaminhamentos para outros profissionais são feitos geralmente pela médica ou pela técnica de enfermagem, quando solicitado pela médica ou pelo paciente.</p> <p>Existe uma padronização de conduta e os prontuários são padronizados. Os protocolos de atendimento, registros e prontuários foram adaptados de outros serviços. As atas do grupo de adesão e os registros das oficinas são elaborados pelos profissionais da equipe.</p>	<p>Questão 25 e 54- Caso o paciente na retornar ao serviço, ou quando falta a consulta</p> <p>Padrão=2 e 1</p> <p>Questões 40 e 41- Se o serviço tem padronização de condutas (protocolos e como foram elaborados).</p> <p>Padrão= 2 e 2</p> <p>Questão 66- Como e por quem são feitos os encaminhamentos.</p> <p>Padrão-2</p>
7-Atividades específicas de adesão 7.1- Rotinas e orientações para uso de ARV 7.2-Medicação fora de rotina	<p>A adesão aos ARV é trabalhada com os pacientes por vários profissionais da equipe, principalmente a técnica de enfermagem, psicóloga e a assistente social. Individualmente, a técnica de enfermagem e a doutora abordam, nos seus atendimentos, o uso correto dos ARV: <i>“Mas o que a gente pode fazer aqui nós fazemos, vou atrás, ligo, pergunto, a gente inventa maneiras e maneiras da pessoa ingerir a medicação, até miolo de pão, prá ver se melhora um pouco. Se precisar vem para cá, a doutora passa medicação injetável a gente faz. Tudo que você puder imaginar para o paciente ingerir a medicação a gente faz. Porém tem aquele que não consegue mesmo. E tem família que dificulta. A gente tenta de todas as maneiras antes de pedir para eles assinarem aquele termo que tira a responsabilidade da gente também. Tentamos de tudo com o paciente. Só falta eu ir até a casa dele e por a medicação na boca. Aí eu acho que forma um vínculo muito forte, a gente pega uma responsabilidade que a gente não vai dar conta de fazer para todos. “Eles pensam que a gente é obrigada, e fica aquela responsabilidade com eles.”</i> (técnica de enfermagem).</p> <p>Além disto, um grupo de adesão com cerca de oito pacientes tem reuniões quinzenais no serviço e fazem também trabalhos artesanais e organizam eventos sociais: <i>“A gente tem grupo de adesão também, nas quartas feiras, a gente já marca, deixa agendado. O grupo de adesão é a assistente social e a psicóloga. Às vezes a gente vai lá, participa um</i></p>	<p>Questão 47- Intervalo de consulta ao ser introduzida a TARV</p> <p>Padrão-2</p> <p>Questão 48- Verificação do uso correto da medicação.</p> <p>Padrão-2</p> <p>Questão 49- Acesso a ARV quando a consulta tem intervalo de mais de 30 dias.</p> <p>Padrão-0</p> <p>Questão 50- Quando o paciente tem dificuldades no tratamento dom ARV</p>

	<p><i>pouquinho, brinca um pouquinho. Mas a coordenação é delas. Eu dou o suporte.” (técnica de enfermagem)</i></p> <p><i>“As oficinas são de quinze em quinze dias. Porque intercalado acontece a nossa agenda do grupo de adesão. Uma semana é atividade manual, outra semana é temática. A gente trabalha temas com eles e roda de conversa. O grupo é pequeno ainda. A gente não consegue muito que eles venham e acompanhem certinho. O grupo tem em média oito, seis pessoas. Não passou disto ainda.” (psicóloga)</i></p>	<p>Padrão-2</p> <p>Questão 51- No caso do paciente ficar sem medicação.</p> <p>Padrão-2</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

Gerência

<p>1- Registros, Avaliação Monitoramento e Planejamento</p>	<p>Os registros são feitos em prontuários e folhas padronizadas e são utilizados por todos os profissionais do Centro Médico. Ficam na sala da técnica de enfermagem, em arquivos. Ela arquiva e organiza os prontuários. Fazem registros dos atendimentos todos os médicos, a psicóloga e a assistente social. Os prontuários são organizados e estão ali disponíveis os exames realizados pelo paciente e os esquemas ARV utilizados. Os registros da médica são sumários, com as queixas e condutas básicas. Os registros da psicóloga são mais completos. A técnica de enfermagem não registra seus atendimentos: <i>“Então, o paciente chega e é aberto o prontuário. O prontuário é único. Só um prontuário por paciente. Então, por exemplo, se houver um atendimento da psicóloga, ela vai, olha o que o paciente está tomando, faz toda a avaliação e anota no prontuário. Se ela faz alguma observação, ela coloca também no prontuário, para dar sequência. Além da psicóloga, que eu saiba, tem sido a doutora. Eu, particularmente, não, não utilizo muito o prontuário.” (coordenadora)</i> As reuniões do grupo de adesão também são registradas em ata: <i>“Das oficinas, a gente registra num caderno a parte, né? Das atividades manuais. Agora, dos grupos temáticos, fazemos ata.” (psicóloga)</i></p> <p>Relatam ainda outros tipos de registro como óbitos e abandonos.</p> <p>Não existem avaliações regulares das atividades. Supervisões informais são realizadas <i>“A gente está sempre supervisionando um ao outro. Não daria uma supervisão, mas quando tem alguma coisa que a gente acha que está errado a gente reúne a equipe, conversa, procura saber o que está errado, o que a gente fez, se tem necessidade dá um puxão de orelha, essa é nossa supervisão, é mais uma reunião de equipe para a gente apontar o que fez de errado” (técnica de enfermagem).</i></p>	<p>Questões 17- Arquivamento dos prontuários.</p> <p>Padrão- 1</p> <p>Questão 18- Registros da assistência.</p> <p>Padrão-2</p> <p>Questão 19 - Outros registros.</p> <p>Padrão-2</p> <p>Questões 20 e 21- Padronização dos registros.</p> <p>Padrão- 1 e 2,</p> <p>Questão 22- Notificações</p> <p>Padrão - 2</p> <p>Questão 55- Critério de abandono</p> <p>Padrão- 2</p> <p>Questão 56 e 71- Registro</p>
-------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>de óbitos</p> <p>Padrão- 2 e 2</p> <p>Questão 70- Controle da dispensação de medicamentos</p> <p>Padrão-2</p> <p>Questões 98, 99 e 100- Planejamento de atividades</p> <p>Padrão- 2, 2, 2</p>
2-Atualização dos profissionais	<p>Os profissionais participam de atualizações e congressos custeados pelo Programa Municipal com regularidade:</p> <p><i>“Sempre quando tem alguma coisa que é da nossa área. O último Congresso no ano passado, eu não fui. Fui convidada a ir, Mas eu tive um problema pessoal e acabei não indo. Mas sempre abertura, sim. Mas deveria ter mais.”</i> (psicóloga)</p>	<p>Questões 84, 85 e 86- Atualização de profissionais</p> <p>Padrão – 2, 2 e 2</p>
3-Coordenação do trabalho	<p>As reuniões de equipe acontecem no serviço uma vez por semana desde alguns meses atrás: <i>“Este ano nós começamos a fazer reuniões da equipe semanalmente. A gente não tinha isto. Eu acho que toda equipe tem que tá interagindo.”</i> (coordenadora)</p> <p>O gerenciamento do serviço tem sido feito pela coordenadora municipal nos últimos meses. Ela relata não ter tido treinamento para gerência de serviços.</p> <p>Não há atividades de suporte para os profissionais da equipe;</p>	<p>Questão 87, 93, 94, 95- Reuniões multiprofissionais</p> <p>Padrão- 1, 1, 2, 2</p> <p>Questão 88, 90 e 91- Coordenação técnica e administrativa do serviço</p> <p>Padrão- 1,2 e 1</p> <p>Questões 96 e 97-Suporte aos profissionais</p> <p>Padrão- 1 e 2</p> <p>Questão 102- Busca de soluções gerenciais</p> <p>Padrão- 1</p>

<p>4-Comunicação e Interação com usuários e comunidade</p>	<p>Como diferencial do serviço os profissionais relatam a presença do Conselho de Saúde dentro do Centro Médico. O Conselho tem uma sala, onde são feitas reuniões semanais, o que possibilita o contato regular dos membros do Conselho com os usuários e funcionários. <i>“Em termos do Conselho, o Conselho fica aqui do lado. Ele tem fiscalizado, ele sempre fiscaliza. E a gente, graças a Deus, não tem problema com, com ninguém.”</i> (coordenadora)</p> <p>A coordenadora relata também apoio do Programa à ONG Aids do município</p>	<p>Questões 105, 106 e 107- Comunicação como usuário e com outras instituições</p> <p>Padrão-1, 0 e 2</p>
----------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6.2.4- Qualiaids; preenchimento do questionário

O serviço apresentou um bom desempenho no Qualiaids 2007, quando se situou no grupo 1, de melhor qualidade, e em 2010 quando obteve 75% do padrão ouro. Em 2010, as questões envolvendo participação e articulação entre os profissionais, como a 87 e 95, e as questões sobre o trabalho de cada um deles, como a 60, 63 e 64, obtiveram a pontuação máxima.

O Qualiaids foi respondido em reuniões com os técnicos da equipe e posteriormente foi feita uma avaliação sobre a pontuação obtida e as respostas dadas. Nessa avaliação a equipe concluiu ter se enganado ao responder algumas questões. Relataram que se confundiram em relação às atividades do CTA e do SAE, o que causou prejuízo na pontuação final: *“Quando foi para responder o Qualiaids convoquei todos da equipe. A gente se reuniu aqui, eu passei no telão todas as questões do Qualiaids e nós fomos respondendo. Foi meio apertado porque eram 107 questões. Nós tivemos dois dias e, às vezes, alguém tinha que sair. A técnica tinha que atender algum paciente e a doutora também. É muita coisa. Ontem eu apresentei algumas respostas nossas ao Qualiaids para eles, a doutora não estava presente. E na hora de responder essas questões, como foi muito perto do prazo de responder no sistema, eu acredito que a gente não deve ter prestado muita atenção. Porque ontem, revendo as questões, foi que a gente viu algumas coisas erradas, por exemplo, o primeiro atendimento de pacientes no seu serviço. Quando a gente fala pacientes, já são pessoas com diagnóstico, né? E a gente entendeu por público. Público em geral.”* (coordenadora) *“Nós tiramos umas questões zero e fomos rever o que nos fizemos de errado e porque estava errado. Foi porque nos estávamos precisando estudar português, interpretar o texto.”* (técnica)

Analisando as respostas do serviço ao Qualiaids 2010 algumas inconsistências foram observadas:

- a) Na questão 26, relacionada ao primeiro atendimento, o serviço perdeu pontos ao responder referindo-se aos usuários do CTA e não do SAE;
- b) As questões 32, 52 e 61, relacionadas ao trabalho da enfermagem, foram respondidas como se houvesse enfermeiro na equipe. Na realidade algumas das atividades, mas não todas, são realizadas pela técnica de enfermagem nos atendimentos pré e pós-consulta;
- c) Na questão 89 o serviço relata treinamento do gerente para as atividades gerenciais, o que contrasta com as informações obtidas na entrevista;

d) Nas entrevistas foi relatado não haver nenhuma atividade de suporte aos profissionais da equipe, diferentemente do respondido na questão 96.

7- Discussão e Conclusões

7.1- Serviço de DST/Aids do Estado de Minas Gerais

Pela ótica das diretrizes programáticas, o serviço apresenta importantes deficiências que trazem prejuízo à assistência às PVHIV, principalmente o fato de não disponibilizar exames de diagnóstico, não ter enfermeiro ou técnico de enfermagem na equipe e da UDM estar localizada em outra unidade distante do SAE. Por outro lado, apresenta diferencial bastante valorizado pelo Programa, como a facilidade para marcação de interconsultas e exames de acompanhamento, CD4 e CV.

Segundo os relatos, a estrutura hospitalar do município tem fragilidades que dificultam o atendimento da demanda do Programa e a interlocução com a Atenção Básica se resume a capacitações esporádicas, geralmente para Abordagem Sindrômica das doenças sexualmente transmissíveis. No Hospital Municipal alguns exames são coletados, mas não realizados. Encaminham para o Laboratório Central em BH. Também não internam pacientes com complicações de aids, sendo todos encaminhados para o hospital de referência na capital, o que é facilitado pelo fato do médico trabalhar lá. Esse hospital é de alta complexidade e é referência para todo o estado. As internações são também agilizadas pela intervenção do infectologista.

O Programa está ligado à Diretoria de Vigilância Epidemiológica. A diretora mostrou-se participativa e interessada no SAE e relata se empenhar na execução do recurso e em resolver as questões mais cruciais, como a oferta de exames para diagnóstico. O coordenador tem acesso fácil à diretora e ao Secretário de Saúde. Observou-se certo grau de dependência do Programa à SMS (Secretaria Municipal de Saúde), não só no que se refere à execução financeira do recurso do incentivo, mas também na definição de questões técnicas como a elaboração do PAM e o preenchimento do Qualiaids. Desta forma, o questionário só foi enviado após a aprovação da Secretaria de Saúde.

A situação política no município foi tema recorrente nos discursos da maioria dos entrevistados. O coordenador municipal e a diretora justificam o atraso na implantação do Serviço Ambulatorial Especializado em DST/Aids no município pela gestão política na Prefeitura no período de 2003 a 2007. Percebeu-se maior confiança e otimismo com a atual gestão e todos relataram o apoio da Secretaria Municipal de Saúde. Entretanto, o coordenador manifesta insegurança quanto às mudanças políticas e sua influência no andamento futuro do serviço.

Todos os profissionais reportaram sua satisfação em trabalhar no Programa, o zelo com os pacientes e seus esforços em procurar soluções para as questões pertinentes

à assistência, além da estrita responsabilidade profissional de cada um. Pelos relatos da assistente social percebe-se um envolvimento pessoal com os pacientes: *“Para falar a verdade, muitas vezes a gente acaba sendo enfermeira, auxiliar técnico, auxiliar de enfermagem, várias coisas. Gosto muito de trabalhar aqui. Não gosto que o paciente fique exposto. Eu conheço cada um pelo nome, conheço a história de cada um. Sou muito feliz de trabalhar com eles, eu vejo a necessidade. Para muitos a doença é o caos mesmo. Você vê a pessoa chegar à mungua e depois melhorar.* (assistente social)

Na percepção da equipe, esse tipo de atendimento “personalizado” tende a determinar um maior vínculo do paciente com o serviço, evita casos de abandono ou transferência e facilita a captação de pacientes em tratamento na capital. *“A gente nota que os pacientes gostam daqui, eles têm muita afinidade com a gente e com o serviço. Depois que eu entrei aqui nenhum paciente pediu transferência, pelo contrário.”* (assistente social) Por outro lado, outro fator de estreitamento do vínculo é o fornecimento das cestas de verduras para todos os pacientes em acompanhamento, sem um critério pré-estabelecido e bastando o cadastramento no serviço.

O tema preconceito foi, por várias vezes, abordado pelo coordenador e pela assistente social ao admitirem a migração de pacientes para serviços na capital a fim de não se tornarem conhecidos na cidade como portadores do HIV. Foi observado o cuidado da equipe, principalmente da assistente social, em não expor o usuário do Programa evitando sua mobilização excessiva no Centro Médico. Também com o objetivo de preservar o sigilo e a confidencialidade, os registros da assistente social e da psicóloga são arquivados em separado, impedindo nesse caso o acesso dos outros profissionais médicos a esses prontuários, valiosos para a compreensão do caso e seguimento dos pacientes. Além das questões técnicas envolvidas nesse tipo de conduta, é possível inferir que esse comportamento reforce o estigma ao portador do HIV.

A diretora da Vigilância Epidemiológica também se mostrou interessada e participativa e relata como dificuldade em relação ao recurso do incentivo o fato de não poder ser utilizado para contratação de pessoal: *“Se a gente pudesse fazer pagamento de RH com esse recurso seria muito bom. Mas este ano vamos utilizar pelo menos uma parte do recurso, a gente vai conseguir gastar o dinheiro da aids, mesmo porque a gente vai montar o CTA. Seria um ganho muito grande para o município se a gente conseguir fazer os exames aqui. Nós não temos. estou tentando comprar kits. A proposta que eu fiz agora é a farmácia dentro da Unidade. A farmácia é central, fica fora do ambulatório e é longe para o paciente.”* (diretora)

A atuação do médico extrapola suas funções na assistência e é fundamental para viabilizar fluxos de referência e contrarreferência e exames laboratoriais. Seu vínculo com o hospital de referência para aids em Belo Horizonte, assim como com o Laboratório Central, agiliza as internações, os exames de CD4 e Carga Viral e procedimentos como biópsias e outros. *“CD4 e CV é tranqüilo. Nós temos um bom contato com o LACEN. Os exames não demoram muito, no máximo 30 dias A coleta também é tranqüila e funciona muito bem desde 2006. Acabo usando muito o hospital quando eu preciso. Acabo direcionando internações para lá. Tento fazer com que a central de leito mande para lá.”* (médico)

A experiência e competência do profissional médico, assim como a confiança nele depositada pelos outros membros da equipe, fazem com que a organização da assistência no serviço seja bastante dependente das iniciativas desse profissional. É o médico quem promove a maioria das ações para adesão aos antirretrovirais, faz ou orienta a maioria dos encaminhamentos, promove as reuniões técnicas informais e discussões de casos e lidera o trabalho da equipe. Pôde ser observado que é o trabalho do médico que confere alguma densidade tecnológica às atividades desenvolvidas pela equipe, compatível com a complexidade do agravo e com as diretrizes programáticas.

Em todas as entrevistas foram identificados pelos profissionais da equipe e pela diretora de Vigilância Epidemiológica os principais aspectos que precisam ser trabalhados para a melhoria do atendimento aos usuários do SAE, entre eles: trazer a farmácia para dentro do Centro de Especialidades; fazer o teste diagnóstico do HIV no município; incorporar uma enfermeira à equipe; ampliar o espaço físico para a implantação do CTA, coleta de material, trabalhos em grupo e outros.

Entretanto, na distribuição dos recursos do PAM, especificamente na área de Assistência, Tratamento e Diagnóstico, não estão contemplados nenhum destes aspectos. Assim, 50% do total foram reservados para comprar um carro para o Programa, mais de 30% para as cestas de verduras e o restante para capacitações de profissionais de saúde.

Por outro lado, para solucionar os desafios apontados para a melhoria desse serviço, pouco poderia ser feito com os recursos advindos da Portaria 2313²⁷. Apenas equipamentos para instalação da UDM e da sala de grupos poderiam ser custeados com recursos do incentivo. Para os outros, como a contratação de uma enfermeira para compor a equipe, a liberação do espaço físico e a autorização para a instalação da farmácia, a compra do teste Elisa e a solicitação dos testes rápidos ao Ministério da Saúde precisariam ser tramitados, autorizados e/ou custeados pela própria SMS. Para

isto, uma maior inserção e mobilização política e técnica do coordenador municipal junto aos gestores municipais poderia ser determinante.

7.2- Serviço de DST/Aids do Estado de Goiás

Pôde ser observado que um grande diferencial é a equipe multiprofissional bem constituída e atuante, a partir da qual pode ser propiciado um trabalho em equipe onde os profissionais exerçam suas funções específicas no atendimento ao usuário, compartilhem decisões e trabalhem de forma articulada no atendimento ao paciente: *“Semanalmente nós temos as reuniões, para discutir casos e discutir nossos projetos e o que vamos fazer com o paciente. Dou suporte para médica, para a farmacêutica e para psicóloga quando elas precisam. O que chama mais a atenção na equipe, e o que as outras pessoas comentam e falam com outros colegas de outro setor, é a união da equipe. A gente tem uma equipe bem unida.”* (técnica de enfermagem) *“Mas aqui todo mundo trabalha de maneira conjunta. Ninguém trabalha sozinho.”* (coordenadora)

A atuação em conjunto da psicóloga e da assistente social possibilita importantes alternativas terapêuticas como o grupo de adesão, oficinas de trabalhos manuais, rodas de conversa, caminhadas e promoção de eventos sociais como festas e aniversários, promovendo o vínculo do usuário com o serviço e os profissionais da equipe.

Os profissionais, principalmente a técnica de enfermagem, têm um forte envolvimento afetivo com o paciente e se esforçam para resolver questões pessoais dos mesmos e em cobrir eventuais necessidades extras do serviço: *“Não temos enfermeira, mas procuro cobrir esse espaço. A gente não pode entrar em algumas áreas, mas eu faço sempre o que eu posso para ajudar.”* (técnica de enfermagem)

A coordenadora e atual gerente do SAE mostra, entretanto, desconhecimento de alguns importantes aspectos da organização da assistência, que necessariamente deveriam ser supervisionados pela gerência: *“Eu, particularmente, não faço anotações no prontuário. Não tenho muito acesso ao prontuário.”* *“Quando o paciente não vem, a técnica de enfermagem costuma ligar para ele. Agora eu não, eu vou ser sincera, não sei se tem algum caso de abandono. Isto eu tenho que ver com a ela. Porque eu estou começando agora. E, realmente, não dá pra fazer tudo. Fora que eu tenho que cuidar do laboratório também!”* (coordenadora)

O trabalho do profissional médico na equipe aporta algumas características que podem se traduzir em fragilidades para o serviço, algumas delas observadas, também, por membros da equipe de saúde. Desta forma, em um dia de consultas, aspectos como escuta ao paciente e orientação sobre o uso de ARV e outros medicamentos não puderam ser observados, o que tende a prejudicar o vínculo com o paciente. Percebeu-se uma diluição de decisões e responsabilidades, que tradicionalmente se espera desse profissional, entre outros membros da equipe, o que, se por um lado expressa uma conduta menos centralizadora por parte do profissional médico, por outro lado, como em questões específicas como a orientação ao uso de medicamentos, pode trazer prejuízo ao entendimento e adesão do paciente à terapia, e ao serviço.

O fato de estar inserido em um Centro de Especialidades Médicas tende a conferir rapidez e facilidade nas interconsultas. A integração do SAE com o CTA beneficia mais amplamente o usuário, que dispõe de todo um conjunto de ações relacionado à prevenção, além do laboratório à disposição para os testes diagnósticos e outros. Entretanto, não há serviço de odontologia no Centro Médico, o que dificulta o encaminhamento para essa especialidade.

As reuniões do Conselho de Saúde dentro do Centro Médico favorecem uma maior comunicação entre o usuário e a direção do serviço, além de supervisões regulares do atendimento dos profissionais de saúde no ambulatório.

A articulação intensa com os PSF da cidade e o fluxo de referência e contrarreferência para a Atenção Básica possibilitam a execução de ações de prevenção e testagem relacionadas ao CTA. Servem também como alternativa ao atendimento de alguns pacientes no caso da ausência da médica do Programa. A importância da Atenção Básica para o Programa de DST/Aids se reflete na distribuição de recursos do PAM. O maior percentual está direcionado para compra de equipamentos para os PSF do município.

Também nesse serviço o tema preconceito surge em vários discursos, focando a necessidade de não expor o paciente e protegê-lo de eventuais constrangimentos: *“Quando eles vão para Goiânia ou algum outro local é pela questão de preconceito. Apesar de que nós zelamos muito pela privacidade, a gente sempre coloca isto. Nem em casa comentamos sobre eles. Tudo fica aqui. Mas é aquela questão de ‘vão me ver’. Sempre coloco muito essa questão da privacidade. Mas ainda existe preconceito. Porque a cidade é pequena.”* (assistente social) *“Não tem muito como eu fazer uma*

sala de espera. Porque eles não gostam de ser abordados aqui no corredor. E eu tenho muito cuidado em relação a isto porque sinto que eles têm receio.” (psicóloga)

7.3- O contexto de implantação e o PAM

São bastante diferentes os pesos e influências das situações da política em ambos os municípios à época de sua habilitação para receber os recursos do incentivo e implantação dos serviços. O primeiro foi habilitado em 2003 com a portaria 2313, quando foram selecionados municípios utilizando-se critérios como a relevância epidemiológica e a indicação pelas Comissões Intergestores Bipartides⁹. A situação política foi um fator determinante do andamento do serviço e foi relatado pela maioria dos entrevistados como um “fator dificultador”, provocando atrasos na sua implantação e permanecendo como um ponto de fragilidade, ou seja, novas mudanças poderiam acarretar novas dificuldades. O segundo município faz parte dos 54 que se incorporaram na política do incentivo após 2006, caracterizados por possuírem epidemias de menor magnitude e populações de médio e pequeno porte⁹. No estudo desenvolvido no serviço pouco foi mencionado em relação à situação política ou sua influência no Programa. Pelo contrário, as turbulências na política durante dois anos consecutivos não impediram ou atrasaram a implantação do serviço e a montagem da equipe. Mesmo o fato da médica da equipe ser a atual diretora de Vigilância Epidemiológica do município não foi relatado como um diferencial, positivo ou negativo, para os encaminhamentos de trabalho de rotina ou eventuais.

Em ambos os casos os recursos federais da política de incentivo foram especialmente importantes no início da implantação, quando possibilitaram compra de materiais, equipamentos e capacitação de pessoal. Pôde ser observado, entretanto, nos dois serviços, que passados alguns anos de sua implantação a execução desse recurso pelos gestores se transforma em uma necessidade de caráter administrativo, de não deixar “dinheiro na conta”, muito mais do que uma necessidade voltada para o serviço e seus usuários: *“Este ano nós vamos conseguir gastar o dinheiro da aids.”* (diretora de Vigilância Epidemiológica - caso 1).

Paralelamente, a contrapartida do município é de extrema importância para a implantação e sustentabilidade do Programa. Ela garante o local para a implantação, insumos como preservativos e medicamentos para infecção oportunista e contratação de pessoal para a equipe multiprofissional, aspectos estes que não podem ser contemplados com recursos da portaria 2313. O local onde o serviço é instalado é também disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, geralmente dentro de um

ambulatório de especialidades pré-existente. Portanto, o interesse do gestor na implantação do SAE é fundamental para que ele se concretize e mantenha infraestrutura adequada para seu bom funcionamento, ao menos até que o Programa de DST/Aids no município seja considerado como uma política de estado e não de governo, de forma a não sofrer tanta influência das circunstâncias políticas municipais.

7.4-Análise comparativa das ações programáticas

A assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV, como componente do Programa de DST/Aids, constitui uma prática ou ação programática orientada por princípios éticos e normativos. Frequentemente, essas práticas são pensadas apenas em função dos serviços que produzem. Para NEMES, 1993, ao analisar-se as intervenções enquanto trabalho, ou seja, *“ação transformadora intencionalmente realizada que combina objetos, instrumentos materiais e conhecimentos necessários para operacionalizar esses instrumentos”* a assistência é então vista como produto do processo de trabalho.⁵⁰

Trata-se de um processo de trabalho complexo, em que a articulação entre seus agentes, objetos e instrumentos de trabalho devem possibilitar a concretização das diretrizes e princípios programáticos na rotina assistencial,

Na ação programática em saúde a seleção dos objetos de trabalho é definida, entre outras coisas, pelo conhecimento epidemiológico. Quer dizer, há uma priorização, uma supremacia de alguns objetos sobre outros e a escolha de um determinado projeto de intervenção sobre o objeto dado, e dos instrumentos de trabalho adequados. A definição dos objetos e a articulação entre os instrumentos eleitos criam uma específica normatização. As regras de conduta para os agentes e as categorias de julgamento a cerca do andamento do trabalho constituem os padrões de atuação.³⁷

Retomam-se então os três eixos avaliativos propostos por NEMES, para a avaliação da ação programática: **priorização, normatização e padrões de atuação**. Para esta autora, *“quanto mais clara e dinâmica a articulação entre o estabelecimento das prioridades para o trabalho, das normatizações para as ações e das padronizações das práticas dos agentes, mais produtivo é seu movimento na direção da integração e da superação pretendidas pela projeção ético-normativa da ação programática.”*³⁷

Assim, as categorias referenciais inicialmente propostas orientam a análise comparativa das ações programáticas nos serviços avaliados e através da sua articulação ou desarticulação pode-se qualificar a integralidade das ações.

7.4.1- Aspectos gerais comuns

Entre aspectos comuns aos dois serviços se inclui o empenho pessoal de determinados técnicos no atendimento às necessidades dos usuários, no zelo e no sigilo em relação ao seu status sorológico e na valorização da individualidade de cada um desses usuários. Servem de exemplo a conduta e o tipo de relação estabelecida entre determinados profissionais e os pacientes, como no caso da assistente social do serviço de Minas Gerais e a técnica de enfermagem do serviço de Goiás. As duas profissionais, em palavras bastante similares, descrevem seu relacionamento afetivo com os pacientes e expressam a importância que atribuem a esse tipo de *approach*: “A gente ouve eles, nunca saem sem ser atendidos. A gente acaba ficando muito amigo e ri muito. Eu conheço cada paciente pelo nome, sei a estória de cada um” (assistente social, caso 1) “Eu vou conversando. Eu levo muito na brincadeira. Meu negocio é brincar. Para que eles possam chegar e conversar mais com a gente. Mas não é uma brincadeira, é uma maneira que eu acho para trazer o paciente ao serviço.” (técnica de enfermagem, caso 2)

É notável também nas duas profissionais a baixa especificidade do seu atendimento, que é possivelmente compensada pelo esforço pessoal e pelo contato afetivo relatado. Entretanto, esforços no sentido de se operar as normas éticas e técnicas do trabalho e na tentativa de expressar a **compreensão, aceitação e adesão dos agentes** à proposta programática, perdem sua abrangência e integralidade quando se autonomizam. Quando são incorporados de modo isolado no processo de organização do trabalho, alteram o significado da ação, e sua positividade ético-normativa é descaracterizada³⁷. Desta forma, o respeito ao sigilo e individualidade do usuário, ao se transformar em duplicação de prontuários de um mesmo paciente, como o observado em um dos serviços, dificulta a integração na atuação dos profissionais e mostra-se como uma desarticulação entre a **priorização** e os **padrões de atuação**. Da mesma forma, a dificuldade imposta para a disponibilização dos preservativos em ambos os serviços, expressa uma inadequada compreensão das normas técnicas do trabalho, por parte dos agentes.

Outros aspectos observados igualmente nos dois serviços foram a preocupação com a adesão à terapia antirretroviral, envolvendo geralmente vários membros da equipe, e a estabilidade na disponibilização de insumos como medicamentos, preservativos e exames de acompanhamento, CD4 e Carga Viral.

7.4.2- O gerenciamento técnico

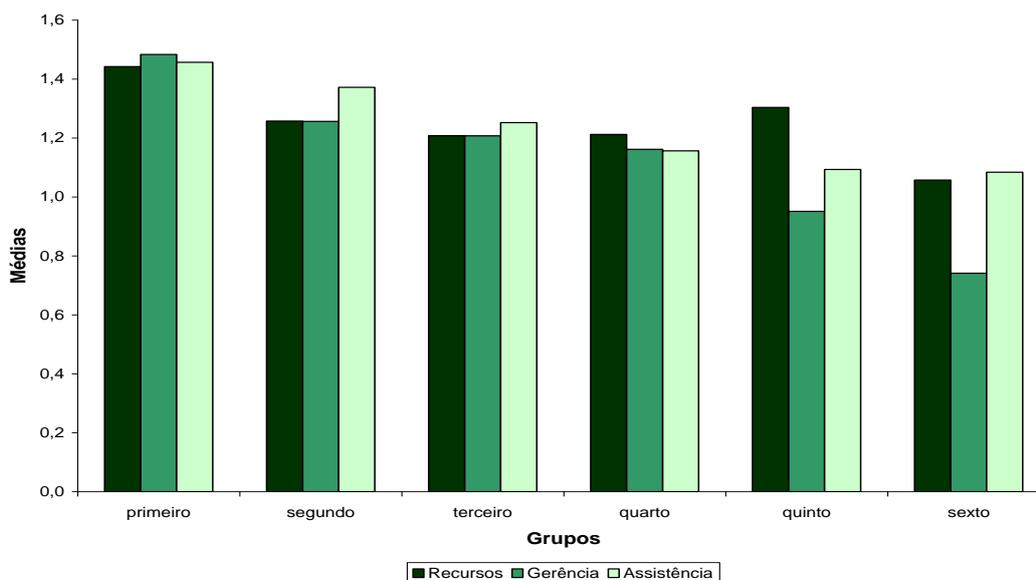
A consolidação do Sistema Único de Saúde e a priorização do modelo voltado para Programas de Saúde, integrando ações de assistência médica com ações de promoção e proteção voltadas para o coletivo, trouxeram mudanças significativas na forma de gerenciamento dos serviços de saúde. A gerência na prática programática, diferentemente do caráter principal de supervisão e controle da gerência tradicional, precisou assumir novas atribuições passando a ser responsável por uma intermediação mais horizontalizada e pela realização do projeto ético-político do Programa no dia a dia da prática assistencial. Passou a conviver, também, com as problemáticas técnicas da interdisciplinaridade e multiprofissionalização do trabalho⁵¹. Nos serviços ambulatoriais de DST/Aids, o gerenciamento técnico local do trabalho não tem expressado integralmente o novo modelo proposto para o gerenciamento das ações programáticas em saúde.

É notável a baixa especificidade técnica dos gerentes, que por diferentes razões não desempenham as funções propostas pelas diretrizes do Programa. Nenhum deles foi capacitado para a função de gerenciamento de serviço de saúde e demonstram desconhecimento de importantes aspectos da assistência como o controle de faltosos e os registros em prontuário único: *“Minha formação é toda em análises clínicas. Vim para montar o laboratório. A antiga coordenadora começou a me levar nas capacitações, onde eu comecei a ter uma idéia dessas coisas de saúde pública e comecei a me apaixonar por isso. Quando ela saiu, no ano passado, fiquei no lugar dela na gerencia do serviço. Eu tento fazer da maneira melhor que eu posso, apesar de eu não ter conhecimento de saúde pública.”* (gerente do segundo serviço) Neste aspecto, não é estabelecida **clareza na priorização** das atividades de assistência, e assim sendo, essa gerente dedica-se prioritariamente às suas atividades no laboratório, em prejuízo do gerenciamento técnico do trabalho.

Também a gerente do serviço de MG não foi capacitada para o cargo. *“Eu trabalhava em outra secretaria com menores delinquentes e violência em geral. Aí eu conheci o coordenador e comecei a conhecer o programa. Foi ele que pediu para a gente vir para cá.”* (gerente do primeiro serviço) Todas as pesquisas Qualiaids têm mostrado piores níveis de qualidade dos serviços no que se refere ao aspecto da gerência, e os estudos avaliativos qualitativos desenvolvidos apontaram, como regra, a existência de um “vazio” gerencial nos serviços.³⁷ Os resultados da aplicação do questionário em 2002 mostraram que, para a maioria dos serviços, mesmo para aqueles com níveis altos de aporte de recursos, o gerenciamento técnico do trabalho obteve

baixas pontuações, o que aponta para a necessidade de implementar ações de forma a melhorar o gerenciamento desses serviços. Parte deles não apresentou sequer gerentes formais e a deficiência se evidenciou pelo desconhecimento do número de pacientes em acompanhamento. Em 2008, na segunda pesquisa nacional, concluiu-se que, nos grupos de qualidade segundo as médias das três dimensões de recursos, gerência e assistência, a gerência tem as piores médias em todos os grupos como mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 4-Grupos de Qualidade segundo as médias nas três dimensões de qualidade



Fonte: Relatório Qualiaids 2008, Departamento de DST/Aids e HV

Em relação às diferenças entre os dois serviços, estas se evidenciaram em importantes e abrangentes aspectos da assistência e conferiram a eles diferentes pontuações na pesquisa Qualiaids de 2010, o que tende a situá-los em diferentes agrupamentos de qualidade. As mais marcantes foram:

7.4.3- A integração do SAE e CTA

Na eleição dos alvos das ações, indivíduos ou grupos, assim como na definição dos fluxos e ações, o segundo serviço mostra maior **clareza na priorização**, o que se efetiva principalmente pelo trabalho integrado do CTA, Centro de Testagem e Aconselhamento, com o serviço de assistência, causando um impacto positivo para o serviço do caso 2 e seus usuários. A existência do CTA torna possível a integralidade programática originalmente proposta, ao coordenar atividades de assistência e prevenção. Principalmente neste momento da epidemia no Brasil, onde o diagnóstico tardio do HIV tem assumido grandes proporções com nefastas consequências⁵², todos os esforços devem ser empenhados no sentido de propiciar o diagnóstico o mais

precoce possível. O direito universal à saúde não pode ser estar focado principalmente na expansão dos serviços assistenciais à doença, e no caso do combate à epidemia de aids no Brasil, a articulação das ações de prevenção, assistência e promoção dos direitos dos portadores do HIV caracterizou-se, desde o princípio, como pedra angular na concepção do Programa de DST/Aids.

7.4.4--O trabalho multiprofissional

A complexidade da abordagem ao paciente com aids implica em que este seja considerado não somente nos seus aspectos clínicos, mas também em aspectos psicológicos e sociais, entre outros. Por isto, a equipe multiprofissional tem se constituído, desde o início do Programa, como um dos aspectos mais valorizados no serviço especializado. Orientações e diretrizes sobre a formação da equipe foram inseridas nas Recomendações de Boas Práticas do Guia Qualiaids¹.

Segundo SOUZA, 1994, apud SILVA⁵³, as atividades de atenção à saúde deveriam ser realizadas por equipe multiprofissional que considerasse as diferentes dimensões da aids e as dificuldades existentes ao lidar com o paciente.

Entre as limitações do trabalho multiprofissional cita-se o fato de que, na prática diária dos serviços de saúde, nem sempre este é entendido de forma clara e homogênea pelos membros da equipe⁵³. Desta forma, a estratégia mais usual para responder às diferentes necessidades dos usuários tem sido o encaminhamento entre os profissionais. Especificamente entre os médicos, o trabalho multiprofissional tem sido reconhecido como aquele em que seu trabalho é complementado por outro profissional da equipe que reforce suas prescrições⁵³.

PEDUZZI, 2001⁵⁴, define como tipologias do trabalho em equipe, a equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição de ações e o agrupamento dos agentes, e a equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e interação dos agentes.

As duas tipologias puras mencionadas podem servir como parâmetros contrastantes do trabalho em equipe.

Nesta perspectiva, o segundo serviço estudado é o que mais se aproxima do tipo proposto como “equipe integração”. Além de possuir uma equipe composta por maior número de profissionais, capaz de oferecer aos usuários alternativas terapêuticas mais abrangentes, relata um planejamento mínimo do trabalho e a possibilidade da “antevisão da demanda”, descrita por SILVA⁵³ como sendo o que permite “*a construção de um projeto de trabalho que possa ser realizado de forma corporativa*

entre os profissionais envolvidos, com suas formas próprias de ver o paciente e projetar o que seria bom para ele.”

No Qualiaids 2010 este serviço obteve altas pontuações em todas as questões referentes às características da equipe, questões nº 60 a 66, e também em outras que indiretamente medem o planejamento e a integração das ações, como as referentes à padronização de condutas, capacitação dos profissionais, reunião de equipe e planejamento de atividades.

Por outro lado, o trabalho em equipe observado é ainda em grande parte baseado nos encaminhamentos entre os profissionais, encaminhamentos estes muitas vezes improvisados ou em situações de emergências, não podendo ser descrito na tipologia pura da equipe integração proposta e expondo a dificuldade na **compreensão e adesão dos agentes** do trabalho quanto ao plano ético-normativo do Programa: “*A técnica de enfermagem me chama quando acontece alguma coisa. Ou quando a doutora precisa, às vezes, me chama também.*” (psicóloga). “*Quando a gente faz o acolhimento do paciente e ele está muito apreensivo, porque não sabe seu status sorológico, eu procuro a psicóloga. Se ela estiver, eu converso com ela e nós orientamos o paciente.*” (técnica de enfermagem)

No caso do primeiro serviço, a reduzida equipe e a preponderância da atuação do infectologista tornam a condução do trabalho altamente dependente das prescrições e orientações médicas. Mesmo os encaminhamentos são orientados pelo médico e não existe nenhum planejamento conjunto ou a proposição de um projeto assistencial.

Este tipo “encapsulado” de rotina de trabalho favorece e incentiva o isolamento dos profissionais em suas próprias convicções e limitações pessoais, impedindo que se sintam participantes de um esforço técnico que tem repercussões coletivas. Desta forma, o serviço passa a se inserir mais no modelo assistencial de ambulatório de especialidades do que na proposta programática original. Pode-se inferir que este modelo “tensionado” de assistência torna-se mais evidente em serviços de pequeno porte, a partir das dificuldades que estes encontram na aproximação técnico-operativa com o projeto ético-político proposto pelo Programa.

Neste aspecto, o **acoplamento amarrado de atividades** é a categoria referencial prejudicada na sua adequação, não só pelo fato do número restrito de profissionais e de tecnologias e opções terapêuticas, mas também pela própria preponderância e isolamento do trabalho médico, prejudicando a integração dos saberes e de abordagens terapêuticas, inerente à teoria do Programa

Assim, não basta ter uma equipe multiprofissional. É preciso somar conhecimentos e saberes ao material humano, que possibilitem o planejamento e execução de um projeto assistencial de trabalho integrado, cujo foco central seja as diferentes necessidades dos usuários de determinado serviço. Mesmo considerando que serviços de pequeno porte não necessariamente necessitam de profissionais exclusivos ou em tempo integral, eles devem ser capazes de reunir e manter equipes com profissionais específicos, unidos por um planejamento adequado ao porte do serviço e ao perfil do usuário, e capazes de criar e operar articuladamente diversas abordagens em saúde.

É preciso considerar ainda que, mesmo na existência de uma equipe multiprofissional completa e com especificidades técnicas operantes, a falta de um projeto assistencial de trabalho integrado e concreto não permite a adequada seleção de instrumentos capazes de operar uma específica normatividade, o que prejudica a **acessibilidade dos alvos e a apreensão e manipulação dos objetos de trabalho.**

7.4.5-O trabalho do profissional médico

A articulação das ações programáticas com o trabalho médico constitui, usualmente, em grande desafio nas rotinas assistenciais que se propõem a um trabalho coletivo, principalmente quando a terapêutica é exclusivamente do arbítrio de cada médico. Neste caso, torna-se prejudicada a **efetividade comunicacional dos encontros assistenciais** ao não se prever a possibilidade de interlocução, de forma a considerar a preferência de indivíduos ou grupos como orientadores da ação técnica.⁵⁰

Por diferentes razões, este aspecto foi observado em ambos os serviços, apesar de serem contrastantes o trabalho e a conduta dos profissionais médicos em cada um deles. No primeiro serviço o médico toma para si a responsabilidade da organização do trabalho e do atendimento ao paciente em todas suas necessidades clínicas, e tem completa autonomia técnica e operacional. Resolve situações de fluxos e encaminhamentos, que teoricamente extrapolam sua competência, e tem a confiança e admiração irrestrita dos outros membros da equipe. No segundo serviço o profissional médico tem uma inserção bem menor no que se refere à organização da assistência e à sua participação em um trabalho de equipe, restringindo-se às suas atividades dentro do consultório, o que prejudica sua posição na equipe multiprofissional e, possivelmente, a capacidade técnica de resposta do serviço.

Estes são aspectos que não necessariamente estão relacionados à competência do profissional, mas expressam características pessoais de difícil mensuração, que muitas vezes podem ser determinantes da qualidade da atenção, principalmente considerando ser tradicionalmente o médico o ponto central da organização da assistência nos serviços públicos de saúde. Paralelamente, essas mesmas características tendem, a prejudicar a comunicação entre os profissionais da equipe e a interlocução com o usuário e sua participação ativa no projeto terapêutico como também dificultam a operacionalização de normas de agir homogêneas entre os agentes e a **coerência nos padrões de julgamento e avaliação**.

O acompanhamento e tratamento do paciente com aids é descrito, na maioria das vezes, como de alta complexidade.²⁶ Requer treinamento continuado e experiência no manejo do tratamento antirretroviral nos vários momentos clínicos do paciente.

O infectologista do caso 1 tem bastante experiência em doenças infecciosas, mais de 15 anos trabalhando com aids e é responsável por uma enfermaria no hospital de referência na capital. É preceptor da residência médica e responsável por um número bem maior de pacientes do que somente os 74 desse serviço. Já a médica do caso 2 tem sua formação em clínica médica e fez um treinamento por quatro meses no hospital de referência em Goiânia e só atende HIV nesse serviço, ou seja, tem pouco mais de 70 pacientes sob sua responsabilidade.

Segundo estudo desenvolvido no Estado de São Paulo com médicos prescritores de ARV⁵⁵, são muitos os médicos que acompanham até 20 pacientes e que não tem especialização em infectologia, embora sejam responsáveis por pequena parcela do total de pacientes em TARV. O perfil desses prescritores é serem jovens, recém-formados e residirem no interior. Esse estudo aponta a existência, por um lado de mais de um terço dos prescritores analisados com pouca experiência e sem nenhum tipo de formação especializada, e por outro, a existência de uma “elite” de prescritores que assiste ao maior número de pacientes e detentores de larga experiência e competência no manejo do tratamento com ARV.

Segundo o autor,

“a diversidade de perfis e de formação dos médicos, ao mesmo tempo que impactam em melhor ou pior assistência, podem ser vistas como obstáculo adicional à implementação, via políticas públicas, de programas mais abrangentes de educação continuada e de atualização do manejo clínico da terapia ARV.”

Não há na literatura conclusões sobre quanta experiência é suficiente para determinar quais médicos são de fato qualificados para o atendimento às PVHIV, ou sobre a influência do cuidado prestado por especialistas em comparação a generalistas, no atendimento prestado ao paciente. Estudos internacionais apontam que pacientes de médicos mais experientes, sejam generalistas ou especialistas, têm maior tempo de sobrevida e iniciam a terapia antirretroviral no tempo adequado, em comparação com pacientes de médicos menos experientes^{5,56}. A experiência do profissional foi categorizada nesse estudo pelo corte de 50 pacientes, ou mais, tratados. A qualidade do cuidado é incrementada pelo número cumulativo de pacientes sob responsabilidade do médico na sua vida profissional.

8-Considerações Finais e Recomendações

8.1- Paradoxos da descentralização

Os serviços de pequeno porte são uma importante parcela do total de serviços e responsáveis pelo acompanhamento de um número significativo de pacientes. Têm, como objetivo principal, aumentar o acesso dos pacientes a uma atenção especializada, nos moldes estabelecidos pelo Programa Nacional de DST/Aids. A ampliação da descentralização da assistência às PVHIV teve, portanto, um papel relevante no sucesso do Programa e no combate da epidemia no nosso meio.

É preciso, entretanto, considerar que a descentralização, buscando a ampliação de acesso e a sustentabilidade, entendida aqui sustentabilidade como a possibilidade da concretização de valores que constituem pilares programáticos, pode facilitar o distanciamento do quadro ético e normativo que até então define e qualifica as ações desse programa. Nesta perspectiva, torna-se prudente uma reflexão por parte dos gestores do SUS, sobre a real necessidade da implantação de novos serviços de DST/Aids, e do seu impacto na qualidade da atenção ao portador do HIV.

Considerando tratar-se de um agravo de complexidade clínica e terapêutica crescente como a aids, de baixa prevalência na população geral e de caráter essencialmente urbano, pode-se inferir que a necessidade de qualidade, ou seja, complexidade tecnológica, deve prevalecer sobre a necessidade de acesso extensivo²⁸. Para tal, é preciso contar com a imprescindível retaguarda dos serviços de Atenção Básica e das Equipes de Saúde da Família nas intercorências ou outros agravos não relacionados à aids, aos quais esses pacientes também estão sujeitos.

8.2- Atuação em redes de atenção

Confirmamos o pressuposto que embasou as pesquisas Qualiaids de que a oferta de atenção de boa qualidade não é incompatível com serviços menores e menos complexos, ao contrário, esses serviços são muitas vezes capazes de aportar ao paciente uma atenção diferenciada e quase personalizada, que grandes serviços não podem manter. Entretanto, é fundamental estabelecer critérios para sua implantação e supervisão das suas ações. Precisam ser tecnicamente apoiados nos seus processos de organização do trabalho, na aquisição de insumos e equipamentos e no estabelecimento de fluxos ágeis e claros de referência e contrarreferência, de forma que eles possam ofertar um atendimento adequado, principalmente considerando os pacientes com quadros clínicos mais complexos e multirresistentes aos esquemas terapêuticos. Um sistema de matriciamento, onde serviços de referência mais próximos possam

supervisionar a gerência e o trabalho em equipe, capacitar os profissionais e assumir aqueles casos de difícil controle, pode minimizar fragilidades e promover maior interesse e envolvimento por parte dos técnicos da equipe. Aponta-se, também, para a necessidade de supervisão constante, *in loco* e através dos Planos de Ações e Metas, dos Programas Municipais de DST/Aids, quer seja pelo nível federal ou estadual do SUS, de modo a reforçar as ações programáticas nesses serviços.

Os Programas Municipais de DST/Aids tornam-se fortalecidos à medida que se integram às redes de atenção à saúde do município, tanto no que se refere ao apoio fundamental do nível primário de atenção, como em outros níveis de atendimento secundário e terciário. A possibilidade da integralidade na atenção depende do funcionamento em redes e no seu aperfeiçoamento. Em uma rede de atenção a saúde, à medida que seus componentes abrem mão de determinados poderes isolados, insuficientes por si sós, para garantir a efetividade dos direitos de seus usuários, emerge uma nova capacidade de gestão e administração pública, fundamentada no consenso e na negociação⁵⁷. Portanto, a implantação de novos serviços precisa ser feita de acordo com essas redes locais e estar pautada, além de em critérios técnicos e epidemiológicos, em uma estreita relação com a Atenção Básica local. Da mesma forma, serviços já implantados devem fortalecer a integração com outros níveis de atenção e sua atuação em rede.

8.3- A política do incentivo

Torna-se fundamental uma ampla articulação do Ministério da Saúde com os Colegiados de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, no que se refere aos recursos da política de incentivo. É necessário que os gestores do SUS ampliem a discussão sobre as barreiras para a execução dos recursos do incentivo, com o objetivo de propiciar maior fluidez e assertividade na sua utilização. Recursos financeiros são escassos e finitos, e sua não execução reflete-se em grande prejuízo para os usuários do sistema de saúde.

Paralelamente, um maior apoio técnico e o aumento do aportes de recursos próprios de estados e municípios para os programas de DST/Aids, são fundamentais para o fortalecimento desses serviços, desde que constituem instrumentos essenciais para a política de combate à epidemia de aids, ainda de tanta relevância para o país. Mesmo levando em consideração que os gestores municipais de saúde têm questionado os percentuais a eles destinados para os custos da saúde, os recursos próprios precisam ser cada vez mais significativos em comparação aos advindos da política de incentivo, que como o próprio nome revela, foi concebida como uma forma de incentivar o início

dos Programas em estados e municípios. Esses recursos próprios poderiam ser inclusive, potencializados, se direcionados para ações de interface do Programa com a Atenção Básica, conferindo dinamismo e organicidade à rede de atenção à saúde.

Essa transição precisa, entretanto, ser feita de forma a não ameaçar a subsistência da política de incentivo, pois ela é estratégica para a sustentabilidade do programa, inclusive como um fator para a preservação das características das ações programáticas, que qualificam e diferenciam o Programa de DST/Aids de outros programas. Essa possível “excepcionalidade” da Aids tem constituído um fator “inspirador” para o SUS de forma geral, como, por exemplo, a relevância atual das políticas de acolhimento e humanização, inicialmente concebidas e preconizadas pelo Programa de DST/Aids e de Saúde Mental no início dos anos 90.

8.4- O Qualiaids

Com este estudo são reafirmados os resultados das pesquisas Qualiaids de 2002, 2008 e 2010. Não houve o propósito de analisar cada uma das 107 questões abordadas pelo Qualiaids, pela própria característica do método. Entretanto, em praticamente todos os aspectos analisados os dados qualitativos reforçaram e complementaram os dados quantitativos anteriores. Apesar do Qualiaids ser um instrumento de autoavaliação, não foi constatado uma intenção clara de burlar o questionário *on line* no sentido de melhorar a pontuação final. Entretanto, foram observados vários equívocos nas respostas às suas questões, devido, principalmente, ao desconhecimento dos processos de organização da assistência no serviço, por parte da pessoa responsável. Pôde ser observado que o Qualiaids é um instrumento amplamente conhecido e valorizado pelo serviço, o que não tem implicado em uma forma mais adequada para seu preenchimento, e nem na completa utilização dos seus resultados. É fundamental para o processo avaliativo que este seja realizado com participação de todos da equipe e com a determinação de um tempo específico para tal, evitando o preenchimento de “última hora”, tão comum na prática dos serviços de saúde. Da mesma forma, seus resultados devem ter aplicação para a reorganização e melhorias na prática assistencial.

Neste sentido, é provável que uma atitude mais explícita, sistemática e didática de indução da sua utilização pelos serviços, por parte dos gestores estaduais e federais, possa levar ao fortalecimento de sua institucionalização como instrumento de autoavaliação capaz de contribuir para a qualificação e integralidade das ações no Programa de DST/Aids.

Pôde ser também observado que, como um instrumento quantitativo de pesquisa, vários importantes aspectos da assistência, que se tornam visíveis por meio de instrumentos qualitativos não podem ser percebidos pelo QualiAids. Entre eles, destaca-se o empenho pessoal dos técnicos que trabalham com os Programas de DST/Aids. É notável o envolvimento afetivo da equipe com o Programa e com os pacientes, não usual em outros programas de saúde, talvez pelo sofrimento moral do portador do HIV que se soma e muitas vezes ultrapassa o sofrimento físico, ainda hoje em virtude do estigma e preconceito a que estão sujeitos no convívio em sociedade.

Esse esforço e envolvimento pessoal são capazes, em muitos casos, de compensar deficiências técnicas do serviço, trazendo conforto e sentimento de dignidade no relacionamento do usuário com o serviço de saúde. Estes e outros aspectos só podem ser acessados através de instrumentos qualitativos de pesquisa, cujos dados complementam e *animam* os dados quantitativos. Evidências obtidas em estudos mais específicos podem fornecer elementos que subsidiem alterações e atualizações nos quadros referenciais das avaliações mais gerais, como as avaliações QualiAids, dirigidas ao conjunto dos serviços do Programa de DST/Aids.

Parcerias entre instituições governamentais e universidades podem efetivar estudos qualitativos, trazendo maior valor agregado e tornando completo o processo reflexivo que deve permear qualquer avaliação.

8.5 Limites e potencialidades do estudo

Este estudo tem como limitações o fato de ser um estudo de caso desenvolvido em apenas duas unidades de saúde. Essas unidades não compõem uma amostragem e, como todo estudo de caso, não pode ser estatisticamente generalizado. Aqui, o método possível de generalização é o analítico, que tem como modelo a teoria do Programa. O estudo de caso, ao aprofundar-se em um objeto, é capaz de facilitar a compreensão de algo mais amplo e gerar proposições teóricas que podem ser aplicadas a outros contextos.

Para NEMES, 1996, *apud* ALVES, nesse tipo de avaliação importa mais a sensibilidade- “*responsiveness*”- e menos a capacidade de generalização⁷. Segundo esta autora, nos estudos de caso, “*se a hipótese de trabalho foi construída de modo historicamente consistente, e se as evidências empíricas mostrarem sua produtividade, ela se aplica ao conjunto, e não a cada uma [das realidades semelhantes]. Mas apenas para o nível de abstração em que se está.*”⁵⁰

Pela complexidade dos temas expostos, não houve a pretensão de se esgotar os aspectos teóricos políticos e técnicos suscitados nestas considerações finais, pelo

contrário, entende-se que podem ter servido apenas como um fator instigador que sirva de base para futuros estudos.

8.6 Divulgação

Avaliações em saúde têm como objetivo, inerente ao processo, a busca de informações que possam subsidiar os gestores na tomada de decisões. Desta forma, um dos objetivos deste estudo foi subsidiar os gestores do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, e dos Programas Estaduais e Municipais, na escolha das melhores estratégias político-administrativas, no sentido de adequar e fortalecer o trabalho programático dentro dos serviços especializados, inseridos nas Redes de Atenção à Saúde do SUS. Considerando ser a qualidade um *constructo* sempre incremental, é preciso subsidiar os responsáveis pelas políticas públicas de saúde com informações contínuas e qualificadas que possam resultar em melhorias para a qualidade da atenção aos usuários. Relatórios da avaliação serão encaminhados aos serviços participantes do estudo e ao Departamento, após sua conclusão. Artigo decorrente deste estudo será também submetido para publicação.

9.6- Meta-avaliação

Na concepção, planejamento e desenvolvimento deste trabalho, inclusive por ser decorrente de um mestrado profissional, esteve implícita a sua utilidade e os benefícios que dele poderiam advir para a área de assistência ao portador do HIV no SUS. O estudo foi desenvolvido de forma legítima e ética, considerando o direito e bem estar das pessoas envolvidas nos serviços de saúde selecionados e procurando preservar sua privacidade e dignidade. Possíveis conflitos de interesse foram declarados, como o fato da pesquisadora principal fazer parte da equipe do Departamento de DST/Aids no momento da coleta de dados. Finalmente, o protocolo foi seguido como planejado e as informações obtidas foram revistas, quando necessário, de formas a assegurar sua fidedignidade.

Referências Bibliográficas

- 1- BRASIL, Ministério da Saúde, Série Normas e Manuais Técnicos, Qualiaids- Avaliação e Monitoramento da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS, 2008. Disponível em www.aids.gov.br Acessado 10 de abril 2011.
- 2- CAMPBELL, MH et al, Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*, October 2001 6; 323(7316):784.
- 3- HANDFORD, C et al. Setting and Organization of Care for Persons Living with HIV. The Cochrane Collaboration, Copyright 2009, CD004348.
- 4- IRA, W et al. A National Study of the Relationship of Care Site HIV Specialization to Early Adoption of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Vol.43, Medical Care*, January, 2005, pp. 12-20.
- 5- LANDON BE, WILSON I.B., COHN S.E. Physician Specialization and antiretroviral therapy for HIV. *Journal of General Internal Medicine* April 2003, volume 18, pp. 233-241.
- 6- MARKSON LE, et al. Clinical Services for persons with AIDS. Experience in a high- prevalence state. *Journal of General Internal Medicine*, March 1997, volume 12, pp. 141-149.
- 7- ALVES, MT Avaliação da assistência ambulatorial à pessoas vivendo com HIV e aids no Sistema Único de Saúde: avaliação no Maranhão Tese de doutorado apresentada a Universidade de São Paulo, 2003.
- 8- CONTRANDIOPOULUS, AP; CHAMPAGNE F. Avaliação da área da saúde: Conceitos e Métodos, Editado por Lebrun e Saily & Amouretti, 1992: 14-32
- 9- GRANGEIRO, A et al. Avaliação de estratégias do Ministério da Saúde para incentivar a resposta municipal a Aids no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, volume 27, Sup.1 pp.114-128, 2011.
- 10- BRASIL, Ministério da Saúde, Política de Incentivo, disponível em www.aids.gov.br/incentivo Acessado dia 04 de setembro de 2011.
- 11- NEMES, MI et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de Aids: questões para investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, supl.2, pp.310-321, Rio de Janeiro, 2004.
- 12- MELCHIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil, *Revista de Saúde Pública*, vol. 40, n. 1, pp. 143-151, 2006.
- 13- SANTOS, EM Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação, julho de 2005. Disponível em www.aids.gov.br Acessado dia 04 de setembro de 2011.

- 14- MENDES, EV, Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Disponível em www.saude.gov.br/portal/saude acessado em 04 de setembro de 2011
- 15- BRASIL, Ministério da Saúde. Lei 8.080, 1990, disponível em www.aids.gov.br acessado em 30 de setembro de 2011.
- 16- DENIS, JL Institucionalização da avaliação na administração pública Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, vol.10 supl.1 pp.229-333 Recife, Nov. 2010
- 17- HARTZ, Z Avaliação em SAÚDE - Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. FIOCRUZ, e Universidade da Bahia, Salvador/Rio de Janeiro, julho, 2008.
- 18- BRASIL, Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico Aids, 2011, Disponível em www.aids.gov.br Acessado em 15 de junho de 2011
- 19- KERR, L Comportamento, atitudes, praticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Relatório técnico Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2010.
- 20- BRASIL, Ministério da Saúde, SICLOM – Sistema Logístico de Medicamentos. Disponível em www.aids.gov.br Acesso em 11 de agosto de 2010.
- 21- BRASIL, Ministério da Saúde, Relatórios internos do SISCEL- Sistema Informatizado de Controle Laboratorial de CD4 e Carga Viral do Departamento de DST/Aids e HV, junho, 2011
- 22- BRASIL, Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico Aids, 2009, Disponível em www.aids.gov.br Acessado em 20 de abril de 2010
- 23- BRASIL, IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em www.ibge.gov.br Acessado em 14 de maio de 2010
- 24- BRASIL, Ministério da Saúde, RENIC (Rede Nacional de Investigação da Resistência Primária ao HIV no Brasil), Relatórios Internos - Departamento de DST/Aids e HV, 2009
- 25- BRASIL, Ministério da Saúde, Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos infectados pelo HIV, 2008, disponível em www.aids.gov.br Acessado em 18 de agosto de 2011.

- 26- BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria Ministerial 2313 de dezembro de 2003. Disponível em www.aids.gov.br Acessado em 16 de novembro de 2010.
- 27- BRASIL, Ministério da Saúde, Relatórios Internos, Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Serviços de Assistência Especializada em DST/Aids, Atualização - outubro de 2010, disponível em www.aids.gov.br .
- 28- NEMES, MI et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. Cadernos de Saúde Pública vol.55 n.2, pp.207-212, São Paulo, 2009
- 29- NEMES, MI et al. The variability and predictors of quality of Aids care services in Brazil. BMC Health Services. Research, 9:51, March, 2009.
- 30- NEMES, MI et al. Relatório da Pesquisa- QUALIAIDS 2007. Disponível em, www.aids.gov.br Acessado em abril de 2010.
- 31- CARACIOLO, JMM et al., Atividades para melhoria da adesão a TARV em serviços de saúde no estado de São Paulo, 2007. Saúde e Sociedade, vol.18, supl. 2 pp.79-83, São Paulo, Abril/Junho de 2009.
- 32- NOVAES, H Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para pesquisa em saúde no Brasil. Cadernos de. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Suplemento 2, pp. 161-163, 2004
- 33- UCHIMURA, K BOSSI, ML Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. Cadernos. de Saúde Pública, vol.18 nº6 pp. 1561-1569, Rio de Janeiro, Nov/Dez 2002.
- 34- NOVAES, H Avaliação de programas, serviços e tecnologias de saúde. Rev. de Saúde Pública, vol. 34, pp. 547-559, São Paulo, Out 2000
- 35- DONABEDIAN, A The Seven Pillars of Quality, Arch Pathol Lab Med- vol114, pp.1115-1119 November,1990
- 36- VUORI, H A Qualidade da Saúde. Seminário de Avaliação em Serviços de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Nov 1988.
- 37- CASTANHEIRA, ER Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/aids em serviços públicos no Estado de São Paulo: relação entre qualidade e organização de processo de trabalho. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo, 2002.
- 38- CHEN, TH Theory Driven Evaluation. Part I- Introduction pp.17-28 Beverly Hills, Sage, 1990
- 39- BRASIL, Ministério da Saúde, Série Normas e Manuais Técnicos, Manual de Adesão, 2009. Disponível em www.aids.gov.br Acessado 10 abril de 2011

- 40- BRASIL, Ministério da Saúde, SVS, Departamento de DST/Aids, Nota Técnica n. 208/9 “Orientações para abordagem consentida, alerta de má adesão Disponível em www.aids.gov.br Acessado 20 de Novembro de 2010.
- 41- BRASIL, Ministério da Saúde, Série Normas e Manuais Técnicos, Manual de Boas Práticas para Unidades Dispensadoras de Antirretrovirais, 2008. Disponível em www.aids.gov.br Acessado 11 de setembro de 2011
- 42- DENIS, JL; CHAMPAGNE, F. Análise de Implantação. GRIS- Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé: Université de Montréal, 1990.
- 43- YIN, R. Case Study Research- Design and Methods, Fourth Edition, Applied Social Research Methods Series, volume 5 pp. 40-136
- 44- ALVES-MAZZOTTI, AJ, Usos e abusos dos estudos de casos. Cadernos de Pesquisa, vol.26, nº129 pp. 637-651, São Paulo set/dez, 2006.
- 45- MINAYO, MC; SANCHES O Quantitativo-Qualitativo; Oposição ou Complementaridade? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9(3) pp. 239-262, Jul/Set 1993
- 46- PATTON, M. Qualitative Evaluation and Research Methods, 1990 Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc. (1990) 532 pp.
- 47- FOUREZ, G. A Construção das Ciências Introdução à Filosofia e à Ética das Ciências. UNESP, pp.12-177 1995.
- 48- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br, acessado em 11 de setembro de 2011
- 49- PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano. Disponível em www.pnud.org/atlas/ , acessado em 11 de setembro de 2011
- 50- NEMES, MIB A Prática Programática em Saúde – Saúde do Adulto: Programas e ações em Unidades Básicas, São Paulo, pp.47-64, 1996
- 51- CASTANHEIRA, ERL A Prática Programática em Saúde – Saúde do Adulto: Programas e ações em Unidades Básicas, São Paulo, pp.222-232 1996
- 52- FERNANDES, JM et al. Início da terapia antirretroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/Aids em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública vol.25 nº6 pp.1369-1380 Rio de Janeiro, Junho de 2009

- 53- SILVA, NEK. et all. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. Revista de Saúde Pública v.36 n.4 supl.9 pp. 108-116, São Paulo, ago.2007
- 54- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, vol.35, pp.103-109, 2001.
- 55- SCHEFFER MC et al Formação e experiência profissional dos médicos prescritores de antirretrovirais no Estado de São Paulo Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, vol.56 nº6, pp.691-696, 2010.
- 56- STONE, V. Quality Primary Care for HIV/Aids. Journal of General Internal Medicine, 2003, February, 18(2): 157-158
- 57- SILVA, SF Redes de Atenção a Saúde no SUS – O Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas, SP, 2008. CONASEMS

Ministério da Saúde
Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
Programa Nacional de DST/AIDS



Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva
Equipe QualiAids

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
AMBULATORIAL
NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO À AIDS NO BRASIL**

Serviço: _____

Município/ Estado: _____

Endereço: _____

Responsável pelo serviço de HIV/AIDS: _____

Responsável pelo preenchimento do questionário: _____

Função: _____

Contatos para conferência: Telefone: _____ Fax: _____

E-mail: _____

I. Identificação e características gerais do serviço de HIV/Aids

1. Qual a instituição gestora** deste serviço?

Assinale apenas uma alternativa

- (1) Secretaria de Estado da Saúde
- (2) Secretaria Municipal de Saúde
- (3) Universidade pública
- (4) Universidade privada
- (5) Ministério da Saúde
- (6) Consórcio intermunicipal
- (7) Outros

** instituição que assume a responsabilidade técnica e administrativa em relação ao serviço

* Essa pesquisa conta também com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo -
FAPESP

2. Esse serviço de assistência à HIV/aids está localizado em uma unidade do tipo: **DESCRITIVA**

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Ambulatório de assistência a várias especialidades
- (2) Ambulatório de assistência especializada às pessoas vivendo com HIV/aids (ambulatório de DST/HIV/aids isolado)
- (3) Ambulatório vinculado a Hospital
- (4) Unidade básica de saúde

3. Quantos **pacientes** com HIV/aids **estão atualmente em seguimento** ambulatorial?

Considerar **todos** os pacientes em uso ou não de antiretroviral. Buscar informações no SICLOM e SISCEL

DENOMINADOR

- (1) Número de pacientes com idade acima de 13 anos _____
- (2) Não é possível obter esses dados

4. Quantas **consultas médicas** são realizadas por esse serviço de HIV/aids por mês ?

DENOMINADOR

- **Considere a média mensal de consultas realizadas por esse serviço no último ano*.**
- **Considere EXCLUSIVAMENTE o número de consultas médicas realizadas por infectologistas ou clínicos responsáveis pelo seguimento dos pacientes com HIV/aids. Não incluir consultas de ginecologia ou de outras especialidades**

- (1) Consultas/mês de HIV/aids realizadas com pacientes acima de 13 anos: _____
- (2) Não é possível obter esse dado.

* considere o período de 01 / Jan. a 31 / Dez. do ano anterior ao preenchimento do questionário

5. Quantos pacientes HIV/aids maiores de 13 anos **foram agendados** para consulta médica no último mês?

- (1) Consultas agendadas de HIV/aids para maiores de 13 anos: _____
- (2) Não é possível obter esse dado

Denominador

6. Quantos pacientes HIV/aids maiores de 13 anos **faltaram** às consultas médicas agendadas no último mês?

- (1) Número de faltas em consultas médicas no último mês em HIV/aids _____
- (2) Não é possível obter esse dado

Operacional/ gerência

7. Quantos dias por semana o ambulatório de HIV/aids está aberto ao público?

- (1) 1 dia por semana
- (2) 2 dias por semana
- (3) 3 dias por semana
- (4) 4 dias por semana
- (5) 5 dias por semana
- (6) Mais de 5 dias por semana

Acesso

8. Quantas horas por dia o ambulatório de HIV/aids está aberto ao público ?

- (1) 4 horas por dia
- (2) 6 horas por dia
- (3) 8 horas por dia
- (4) 12 horas por dia
- (5) Mais de 12 horas por dia

Multiplicar 7 X 8 para saber o resultado em horas. Cruzar com nº de pacientes (questão 3, item 1). Resultado classificar

+ de 40 horas (sem considerar pacientes) = 2

0 a 15 pacientes – 4 a 6 horas = 1

16 a 30 pacientes – 8 a 12 horas = 1

31 – 60 pacientes 18 a 24 horas = 1

> 60 pacientes - 30 a 40 horas = 1

combinações menores=0

operacional

acesso

9. Em relação aos estágios e/ou capacitações **oferecidos** por esse serviço pode-se dizer que:

Considerar como capacitação as atividades de educação permanente que visem o fortalecimento e/ou descentralização das ações. Não considerar palestras para a população geral ou grupos populacionais.

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Não se aplica, pois esse serviço não realiza nem oferece campo para estágios e capacitações
- (2) São dirigidos a seus próprios alunos, porque esse serviço faz parte de uma instituição de ensino
- (3) São dirigidos a alunos/profissionais de outros serviços ou instituições, com supervisão de profissionais “externos”, vinculados a estas instituições
- (4) São dirigidos a alunos/profissionais de outras instituições, com supervisão de profissionais desse serviço de HIV/aids

Item = valor

3 ou 4 = 2

1 ou 2 = 0

1 e qq outro = missing

especificidade

processo de trabalho

10. Qual o número de consultórios e salas para atendimento?

➤ Quando a sala for ocupada com mais de uma finalidade contabilizá-la apenas 1 vez

- _____ Consultórios médicos
- _____ Salas para atendimento de enfermagem
- _____ Salas para atendimento individual por outros profissionais
- _____ Salas para atendimento em grupo

Só Consultório médico (CM) ou só CM + sala de enfermagem = 0

CM + outras salas (fora de enfermagem) = 1

Só CM (ou CM + sala de enfermagem) mas não tem outros profissionais (pergunta 19)=1

CM + outras salas + sala para grupo =2

Operacionalidade

11. Em relação ao acesso pode-se afirmar que:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Esse serviço está localizado em região com fácil disponibilidade de transporte

- (2) Esse serviço está localizado em região de difícil acesso a transportes coletivos
- (3) O prédio tem planta física que facilita a circulação interna
- (4) Existem barreiras físicas nesse serviço como escadas e outros que dificultam a circulação interna

2 e 4 = 0 (VM)

1 ou 3 = 1

1 e 3 = 2

(1 e 2) ou (3 e 4) = missing

Operacionalidade

12. A demanda de rotina do ambulatório é atendida:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Exclusivamente por médicos residentes ou estagiários
- (2) A maior parte por médicos residentes
- (3) A maior parte por médicos do próprio serviço
- (4) Somente por médicos do próprio serviço

Item = valor

4 = 2

3 = 1

1 e 2 = 0

operacionalidade

PT

13. Quantos médicos responsáveis pelo seguimento ambulatorial de rotina a pacientes com HIV/aids existem nesse serviço?

➤

(1) Número de médicos infectologistas atendendo HIV/aids: _____

(2) Número de médicos clínicos atendendo HIV/aids: _____

RH

14. Em relação ao **tempo médio de experiência em HIV/aids** dos médicos infectologistas e clínicos-gerais responsáveis pelo seguimento ambulatorial de rotina a pacientes com HIV/aids, pode-se dizer que:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Todos os médicos possuem 5 ou mais anos de experiência
- (2) Todos os médicos possuem menos de 5 anos de experiência
- (3) A maioria dos médicos da equipe possui mais de 5 anos de experiência
- (4) A maioria dos médicos da equipe possui menos de 5 anos de experiência

(5) Há pelo menos 1 médico com 5 ou mais anos de experiência

Item = valor

1 = 2

3 ou 4 ou 5 = 1

2 = 0

ESPECIFICIDADE

RH

15. Preencha os campos abaixo indicando a **carga horária contratada semanal** dos médicos infectologistas e clínicos-gerais responsáveis pelo seguimento ambulatorial de rotina a pacientes com HIV/aids.

(1) Carga horária total/semanal de infectologistas que atendem HIV/aids: _____

(2) Carga horária total/semanal de clínicos-gerais que atendem HIV/aids: _____

Horas médicas= itens (1)+(2)

20 horas semanais médicas até 150 pacientes (questão 6 item 2 ou item 3) = 2

20 horas semanais de 151 até 200 pacientes = 1

20 horas semanais mais de 200 pacientes = 0

Operacionalidade

RH

16. Caracterize a disponibilidade dos profissionais responsáveis pelo atendimento ambulatorial de **ROTINA** dos pacientes com HIV/aids conforme quadro abaixo:

- na coluna A coloque o número de profissionais que atendem pacientes com HIV/aids por categoria
- enumere nas colunas B e C quantos profissionais são exclusivos para atendimento a pacientes com HIV/aids e quantos não o são.

Áreas de especialidade	Número total de Profissionais	Número de profissionais que atendem HIV/aids segundo a exclusividade	
		A	B N.º Prof. Exclusivos
(1) Enfermeiro			
(2) Psicólogo			
(3) Dentista			
(4) Farmacêutico			
(5) Assist. social			
(6) Auxiliar/técnico de enfermagem			

Considerar profissional por profissional (linha a linha), sendo:

Enfermeiros, Psicólogos e Assistentes sociais:

Até 300 pacientes – ter o profissional exclusivo ou não exclusivo = 2

Não ter o profissional = 0

301 – 500 pacientes – ter pelo menos 1 profissional exclusivo = 2

- ter pelo menos 1 profissional não exclusivo = 1

- não ter o profissional = 0

acima de 500 pacientes - ter pelo menos 2 profissionais exclusivos = 2

- ter pelo menos 1 profissional exclusivo = 1

- não ter o profissional = 0

Cirurgião – Dentista :

Até 500 pacientes – ter ou não ter o profissional = 2

501 – 1000 pacientes – ter o profissional exclusivo ou não exclusivo = 2

- não ter o profissional = 0

acima de 1000 pacientes – ter o profissional exclusivo = 2

- ter o profissional não exclusivo = 1

- não ter o profissional = 0

Farmacêutico:

Até 1500 pacientes – ter ou não ter o profissional = 2

Acima de 1500 pacientes – ter o profissional exclusivo ou não exclusivo = 2

- não ter o profissional = 0

Auxiliar/técnico de enfermagem — ter o profissional exclusivo ou não exclusivo = 2

- não ter o profissional = 0

Operacionalidade / RH

II. Sistema de registro e informações

17. Os prontuários dos pacientes com HIV/aids:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) São arquivados junto com os demais prontuários desse serviço (arquivo único)
- (2) São arquivados separadamente (em arquivo exclusivo desses pacientes)
- (3) São utilizados por todos os setores de assistência desse serviço (prontuário único)
- (4) São utilizados apenas pelos profissionais da equipe que acompanha os pacientes

de HIV/aids

(5) Outros

3+1 = 2

3 ou 1 = 1

2, 4, 5= 0

RI

Acoplamento

18.O registro do conteúdo da assistência prestada (história, condutas etc.) por profissional de nível universitário não-médico (psicólogo, assistente social, enfermeiro etc.) é realizado:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

(1) No prontuário do paciente (prontuário único)

(2) Em livros ou fichas separadas

(3) Esse tipo de registro não é feito

Item = valor

1= 2

2,3 = 0

acoplamento

RI

19. Assinale as informações que possuem registro sistemático nesse serviço:

ATENÇÃO: os itens de 1 a 9 são informações sobre procedimentos/ações e a partir do item 10 são relacionadas a pacientes.

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

(1) Número de atendimentos e procedimentos

(2) Número de consultas por faixa etária

(3) Número de consultas por diagnóstico (infecções oportunistas/outras DSTs)

(4) Número de consultas por médicos

(5) Número de atendimentos em grupo

(6) Atendimentos a casos de exposição ocupacional

(7) Número total de faltas em consulta médica

(8) Número de faltas por paciente em consulta médica

(9) Número de exames laboratoriais realizados

(10) Número de pacientes por faixa etária

(11) Número de pacientes por sexo

(12) Número de pacientes soropositivos

(13) Número de pacientes com co-infecção por tuberculose

(14) Número de pacientes por diagnóstico (infecções oportunistas, outras DSTs)

- (15) Número de pacientes em uso de anti-retroviral
- (16) Primeiro atendimento no ano de cada paciente
- (17) Número de óbitos
- (18) Número de pacientes por esquema terapêutico com anti-retroviral
- (19) Outros

Valor dos itens:

3, 8, 14, 16, 18 = 0,4

5, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 17 = 0,13

1, 2, 4, 6, 9, 19 = 0

Classificação:

Acima de 1,3 = 2

de 0,71 – 1, 29 = 1

abaixo de 0,70 = 0

avaliação

RI

20. No atendimento médico, o registro é feito:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Livremente em folhas em branco, a critério do profissional
- (2) Em campos padronizados para preenchimento somente na 1ª consulta
- (3) Em campos padronizados para preenchimento em todas as consultas

Item = valor

3 = 2

2 = 1

1 = 0

acoplamento

RI

21. Em que outros atendimentos são utilizados formulários padronizados?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) No primeiro atendimento do paciente nesse serviço por profissional não-médico
- (2) No atendimento de enfermagem
- (3) No atendimento odontológico
- (4) No atendimento com nutricionista
- (5) No atendimento psicológico
- (6) No atendimento em serviço social
- (7) No atendimento em grupo

- (8) No atendimento a casos de exposição ocupacional
- (9) No atendimento de gestantes
- (10) No atendimento de DST
- (11) No atendimento de Tuberculose
- (12) Outros
- (13) Não são usados registros padronizados

Valores:

8 a 11 = 0,25 cada

1 a 7 = 0,14 cada

12 e 13 = 0

Classificação:

Acima de 1,3 = 2

de 0,71 – 1,29 = 1

abaixo de 0,70 = 0

acoplamento

RI

22. De rotina, o preenchimento das fichas de notificação epidemiológica é realizado pelo seguinte profissional:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Enfermeira
- (2) Auxiliar/técnico de enfermagem
- (3) Profissional administrativo
- (4) Médico
- (5) Outro profissional de nível universitário
- (6) O médico preenche a parte clínica e outro profissional preenche o restante
- (7) O enfermeiro preenche a parte clínica e outro profissional preenche o restante
- (8) Não é realizado por esse serviço

Item = valor (se houver duas alternativas marcadas considerar o ponto da maior)

4 ou 6 = 2

1,7,5 = 1

2,3,8 = 0

avaliação

RI

III. Captação da demanda e primeiro atendimento de pacientes HIV/Aids

23. Quando o teste diagnóstico do HIV é oferecido nesse serviço, a orientação e o aconselhamento **pré-teste** são realizados:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Em grupo por profissional de nível médio (auxiliar/técnico)
- (2) Em grupo por profissional de nível universitário
- (3) Individualmente por profissional de nível médio (auxiliar/técnico)
- (4) Individualmente por profissional de nível universitário
- (5) O aconselhamento não é realizado
- (6) O teste não é oferecido nesse serviço

Item = valor

4 = 2

1,2,3 = 1

5 = 0

6 = não considerar (se marcar essa considerar missing)

Clareza

24. A orientação e o aconselhamento **pos-teste**, quando realizados nesse serviço, são feitos por quais profissionais?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Profissional de nível médio (auxiliar/técnico)
- (2) Profissional de nível universitário
- (3) A orientação e o acompanhamento pós-teste não são realizados

Item = valor

2 = 1

1 = 1

3 = 0 se tiver escolhido a 6 na questão anterior, excluir essa tb.

Clareza

25. Caso o paciente com sorologia positiva confirmada não retornar a esse serviço:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Aguarda o retorno espontâneo
- (2) Convoca, tendo o cuidado de não quebrar o sigilo
- (3) Convoca, apenas se for gestante, tendo o cuidado de não quebrar o sigilo
- (4) Não se aplica, pois a testagem é anônima
- (5) Não se aplica, pois esse serviço não oferece exame

Item = valor

2 = 2

3 = 1

1 = 0

4 ou 5 = missing

clareza

26. Os pacientes que procuram atendimento pela primeira vez nesse serviço são **de rotina**:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1)Atendidos no mesmo dia por profissional não-médico de nível universitário
- (2)Atendidos no mesmo dia por profissional de nível médio (auxiliar/técnico) da área de enfermagem e, se necessário, por consulta médica
- (3)Atendidos no mesmo dia por profissional não-médico de nível universitário e, se necessário, por consulta médica
- (4)Atendidos no mesmo dia por profissional não-médico de nível universitário e por consulta médica
- (5)Atendidos em consulta médica no mesmo dia
- (6)Agendados para outro dia para atendimento com profissional não-médico de nível universitário
- (7)Agendados para outro dia para consulta médica
- (8)Orientados a retornar nos dias subseqüentes para tentar vaga para consulta médica
- (9)Outros

Item = valor

1,3,4,5 = 2

2 = 1

6,7,8,9 = 0

Clareza

27. Nesse primeiro atendimento, as atividades realizadas são:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Apresentação do serviço e de seu funcionamento
- (2) Investigação sobre categoria de exposição
- (3) Entrega de preservativos
- (4) Triagem da área de moradia
- (5) Avaliação de gravidade clínica
- (6) Solicitação de exames
- (7) Agendamento de consulta médica
- (8) Orientação sobre formas de transmissão e métodos/práticas de prevenção
- (9) Investigação e orientação sobre parceria sexual
- (10) Investigação de tempo de diagnóstico
- (11) Investigação sobre o uso anterior de anti-retroviral
- (12) Outros

Valores dos itens

8 e 9 = 0,37 cada

1, 2, 5, 10, 11 = 0,25 cada

3, 4, 6, 7, 12 = 0

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Especificidade

28. Quando o paciente de HIV/aids não é matriculado nesse serviço, na maioria das vezes ele é:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Encaminhado verbalmente para outro serviço
- (2) Encaminhado com guia/carta para outro serviço
- (3) Encaminhado com guia/carta para outro serviço após contato e/ou agendamento
- (4) Não se aplica, pois todos os casos são absorvidos por esse serviço

Item = valor

3 = 2

2 = 1

1 = 0

4 = não pontuar. Excluir.

Clareza

29. Após o primeiro atendimento, o paciente sai desse serviço com a consulta de

retorno agendada?

(1) Não = 0

(2) Sim = 2

Clareza

30. Qual o intervalo **médio de tempo** entre o primeiro atendimento nesse serviço e a primeira consulta médica de HIV/aids (excluindo os casos graves)?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

(1) O primeiro atendimento sempre é a primeira consulta

(2) Menos de 1 semana

(3) De 1 a 4 semanas

(4) De 5 a 8 semanas

(5) Mais de 8 semanas

Item = valor

1, 2 = 2

3 = 1

4, 5 = 0

Operacionalidade

IV. Organização geral da assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids

31. Quando chega a esse serviço, o paciente com consulta marcada com o médico:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

(1) Passa antes por atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem

(2) Passa antes por atendimento com o enfermeiro

(3) Passa por atendimento prévio ao do médico com outro profissional de nível superior

(4) Passa em consulta médica sem nenhum outro atendimento prévio

(5) Passa por atendimento prévio ao do médico dependendo da necessidade do paciente

(6) Outros

Item = valor

2, 3 = 2

1 = 1

4, 5, 6 = 0

Clareza

32. Quando existe pré-consulta de rotina (atendimento realizado pela enfermagem, antes da consulta médica), sua finalidade é:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1)Aferir peso e/ou pressão arterial
- (2)Verificar queixas agudas e definir prioridades de atendimento
- (3)Fornecer preservativos
- (4)Verificar a adesão aos anti-retrovirais
- (5)Outros
- (6) Não se aplica, pois a pré-consulta não é realizada

Valores:

$$4,2 = 0,64$$

$$1,3 = 0,36$$

$$5,6 = 0$$

Classificação:

$$= \text{ou maior } 1,30 = 2$$

$$\text{de } 0,71 \text{ a } 1,29 = 1$$

$$= \text{ou menor que } 0,70 = 0$$

Clareza

33. São realizadas atividades com os pacientes na sala de espera?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1)Habitualmente não
- (2)Sim, através da discussão de temas propostos pelos pacientes
- (3)Sim, habitualmente são passados vídeos educativos
- (4)Sim, habitualmente são realizadas palestras
- (5)Outros

Item = valor (se estiver assinalado mais que uma fica a pontuação do maior)

$$2 = 2$$

$$3 \text{ ou } 4 = 1$$

$$5 \text{ ou } 1 = 0$$

Especificidade

34. As consultas médicas são agendadas:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Com hora marcada para cada paciente
- (2) Por grupos de pacientes por hora (por bloco)
- (3) Todos os pacientes no início do turno
- (4) Para cada médico existe uma rotina
- (5) As consultas não são agendadas antecipadamente

Item = valor

1 = 2

2 = 1

3,4,5 = 0

Clareza

35. Quantas consultas são previstas por período de 4 horas de trabalho para **cada** infectologista e/ou clínico (agendadas e extras)?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Menos de 8 consultas
- (2) 8 consultas
- (3) 10 consultas
- (4) 12 consultas
- (5) 16 consultas
- (6) 20 consultas
- (7) acima de 20 consultas

Item = valor

1, 2 = 2

3,4 = 1

5,6,7 = 0

Efetividade

36. O número de consultas médicas para **casos novos** é pré-estabelecido para cada médico por período?

- (1) Não = 0
- (2) Sim = 2

clareza

37. Nas consultas de **retorno**, o mais freqüente é que o paciente seja agendado:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Para o mesmo profissional
- (2) Para o profissional com agenda disponível
- (3) Com o médico responsável, mas para atendimento com diferentes estagiários (alunos ou residentes)
- (4) O retorno não é agendado. O paciente é orientado a retornar em período estabelecido pelo médico ou pela rotina desse serviço
- (5) Outros

Item = valor

1 = 2

3 = 1

2,4,5 = 0

efetividade comunicacional

38. Qual a forma de acesso ao atendimento **odontológico** nesse serviço?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Agendamento conforme demanda do paciente
- (2) Agendamento de avaliação periódica mesmo na ausência de queixas
- (3) Pronto atendimento para queixas agudas
- (4) Não há atendimento odontológico nesse serviço

Item = valor

2 = 2

1,3 = 1

4 = 0

Especificidade

39. Para as mulheres, qual a forma de acesso predominante ao atendimento médico **ginecológico** nesse serviço?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Agendamento conforme demanda do paciente
- (2) Agendamento de avaliação periódica mesmo na ausência de queixas
- (3) Pronto atendimento para queixas agudas
- (4) Não há rotina
- (5) Não há ginecologista nesse serviço

Item = valor

2 = 2

1,3,4 = 1

5 = 0 Acoplamento

40. Esse serviço possui padronizações de condutas (protocolos)?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Sim, no primeiro atendimento nesse serviço
- (2) Sim, na consulta médica inicial
- (3) Sim, na consulta médica de retorno
- (4) Sim, no atendimento por outros profissionais de nível universitário
- (5) Sim, no atendimento a condições específicas (como co-infecção HIV/tuberculose, gestantes, acidentes de trabalho e outros)
- (6) Outros
- (7) Não há padronizações para as atividades da assistência

Valores:

Cada item do 1 ao 5 vale 0,4. 6 e 7 vale 0

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Especificidade

41. No caso de existirem padronizações, como foram elaboradas?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Pelos profissionais desse serviço
- (2) Foram adaptadas da experiência de outros serviços
- (3) Por outras instâncias do Programa de DST/Aids
- (4) Outros
- (5) Não existem padronizações

Item = valor

1,2 = 2

3 = 1

4,5 = 0

Especificidade

V. Seguimento ambulatorial de rotina de pacientes HIV/Aids

42. Qual o **tempo médio** de duração da consulta do infectologista e/ou clínico para **consultas de casos novos** ?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) 15 minutos
- (2) 30 minutos
- (3) 45 minutos
- (4) 60 minutos

Item = valor

3,4 = 2

2 = 1

1 = 0

Clareza

43. Qual o **tempo médio** de duração do atendimento do infectologista e/ou clínico para **consultas de retorno**?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) 15 minutos
- (2) 30 minutos
- (3) 45 minutos
- (4) 60 minutos

Item = valor

2,3,4 = 2

1 = 0

Clareza

44. Durante a **consulta médica** de seguimento, **além dos procedimentos técnicos de rotina**, o médico:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Preenche os formulários para dispensação de anti-retrovirais
- (2) Investiga as dificuldades no uso de anti-retrovirais
- (3) Orienta resumidamente a medicação
- (4) Encaminha para outro profissional para orientação detalhada da medicação
- (5) Orienta detalhadamente o uso de medicação
- (6) Orienta o uso de preservativo
- (7) Orienta o paciente sobre concepção/contracepção
- (8) Aborda questões relativas à sexualidade
- (9) Agenda pessoalmente o retorno

- (10) Faz outras orientações ou procedimentos
- (11) Encaminha para outros atendimentos

Valores:

Itens 8, 9 $7,5,2 = 0,20$ cada.

Outros = 0,14

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Especificidade

45. Para os pacientes que **não estão em uso** de anti-retroviral, qual é o intervalo **médio** entre as consultas?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) 30 dias
- (2) 60 dias
- (3) 90 dias
- (4) 120 dias
- (5) acima de 120 dias

Item = valor

1,2 = 1

3, 4 = 2

5 = 0

Clareza

46. Para os pacientes **em uso** de anti-retroviral, Qual é o intervalo **médio** entre as consultas de rotina?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) 30 dias
- (2) 60 dias
- (3) 90 dias
- (4) acima de 90 dias

Item = valor

1,2, = 2

3,4 = 0

Clareza

47. Qual o intervalo de rotina para o retorno em consulta médica ou com profissional de nível superior quando é **introduzida** a terapia anti-retroviral nesse serviço?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) 7 dias
- (2) 15 dias
- (3) 30 dias
- (4) 60 dias
- (5) Não existe uma rotina diferente no início da terapia anti-retroviral

Item = valor

1,2 = 2

3,4,5 = 0

Clareza

48. Para os pacientes em seguimento, o uso correto da medicação geralmente é verificado através de:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Questionamento sobre o uso correto
- (2) Checagem de rotina em consulta médica sobre dificuldades com efeitos colaterais e posologia (horários e alimentação)
- (3) Checagem de rotina sobre dificuldades relativas ao dia a dia (trabalho, fins de semana, festas etc.)
- (4) Contagem dos medicamentos que sobraram
- (5) Recordatório detalhado sobre as atividades diárias do paciente e o uso da medicação
- (6) Checagem de anotações do paciente sobre o modo de uso diário, em caderno ou formulário específico
- (7) Grupo de adesão
- (8) Outros

Valores:

1 = 0,20 ; 2,3,4,5,6 = 0,28; 7=0,40; 8=0

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0 **Especificidade**

49. Qual o mecanismo utilizado para garantir acesso aos anti-retrovirais quando o agendamento de rotina prevê um intervalo entre as consultas **de mais de 30 dias**?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Quando o paciente está estável leva prescrição para 60 dias
- (2) A enfermeira ou o farmacêutico autoriza a retirada da medicação
- (3) O paciente passa por consulta de enfermagem e, após orientações, retira a medicação previamente prescrita
- (4) O paciente passa por atendimento com farmacêutico e, após

- orientações retira a medicação previamente prescrita
- (5) O médico deixa prescrição pronta no serviço para o próximo mês
 - (6) O paciente sempre leva prescrição para 60 dias
 - (7) Isso não acontece

Item = valor

1,3,4,7 = 2

2,5, 6 = 0

Clareza

50. Quando um paciente apresenta dificuldades no tratamento com anti-retroviral:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) O retorno é realizado em intervalos menores
- (2) O paciente é encaminhado para grupos de adesão
- (3) O paciente é encaminhado para orientação individual com profissional de nível superior
- (4) Há mudança de esquema terapêutico, se possível
- (5) Há reforço da importância da adesão nas consultas médicas
- (6) Outros

Valores:

Cada item vale 0,4

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Especificidade

51. No caso do paciente ficar sem medicação, por razões imprevistas, ele é orientado a:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Agendar consulta médica
- (2) Passar em consulta extra (encaixe na agenda ou pronto atendimento)
- (3) Pegar receita com enfermagem ou farmacêutico até a próxima consulta
- (4) Outros

Item = valor

2 = 2

3 = 1

1,4 = 0

Clareza

52. A pós-consulta (atendimento de enfermagem após o atendimento médico) é realizada com a finalidade de:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Agendar retorno
- (2) Agendar exames
- (3) Orientar uso de medicação
- (4) Fornecer preservativos
- (5) Orientar uso de preservativos
- (6) Orientar encaminhamentos para outros serviços
- (7) Orientar encaminhamentos para benefícios sociais
- (8) Orientar sobre direitos civis
- (9) Outros
- (10) Não há pós-consulta

Valores:

Itens 3,5,7,8 = 0,3

Itens 1,2,4,6 = 0,20

Item 9,10 = 0

Se somente assinalada 10 considerar missing

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0 Especificidade

53. Em relação ao desejo de ter filhos por parte das pessoas que vivem com HIV/aids (homens e mulheres), os profissionais desse serviço:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Não recomendam a concepção devido aos riscos para a saúde da mulher soropositiva
- (2) Não recomendam a concepção devido ao risco de transmissão vertical
- (3) Orientam sobre os riscos e discutem o melhor momento para a concepção
- (4) Não recomendam a concepção, mas se a mulher engravidar, fazem o acompanhamento

Item = valor

3 = 2

1,2,4 = 0

Efetividade

54. Quando o paciente falta ao atendimento agendado, esse serviço:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Aguarda retorno espontâneo em todos os casos
- (2) Convoca paciente em uso de anti-retroviral
- (3) Convoca os casos com maior gravidade clínica
- (4) Convoca quando é caracterizado o abandono
- (5) Convoca os casos que apresentam exames alterados
- (6) Convoca todos os faltosos
- (7) Outros
- (8) Não se aplica, pois esse serviço não faz controle de faltosos.
- (9) Não se aplica, pois esse serviço não trabalha com agendamento

Item = valor

6=2

2,3,4,5 = 1

1,7,8,9 =0

Clareza

55. Para os pacientes em uso de anti-retroviral, qual o critério de abandono utilizado por esse serviço?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Duas faltas consecutivas na consulta médica (não importando o intervalo de tempo entre as consultas)
- (2) 3 ou mais faltas consecutivas na consulta médica
- (3) 2 meses de ausência no serviço
- (4) De 3 a 5 meses de ausência no serviço
- (5) 6 meses ou mais de ausência no serviço
- (6) Após convocação sem comparecimento
- (7) Outros
- (8) Não há critério de abandono

Item = valor

1,2,3,4,5,6=2

7,8=0

Avaliação

56. Esse serviço faz controle do número de óbitos entre seus pacientes?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Não de modo sistemático
- (2) Sim, sempre que a família avisa
- (3) Sim, através de informação proveniente do serviço de epidemiologia
- (4) Sim, esse serviço busca sistematicamente a informação em outros órgãos (por exemplo: veículos de comunicação, registros de óbitos do município, velórios e outros)

Item = valor

1,2=0

3 = 1

4 =2

Avaliação

VI. Atendimento não agendado de pacientes HIV/Aids

57. De que maneira esse serviço soluciona o atendimento de pacientes “extras” ou não agendados?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Há reserva de vagas na agenda dos médicos
- (2) Os médicos do ambulatório fazem escala para atendimento desses pacientes
- (3) Os pacientes são atendidos na dependência de vaga nas agendas médicas
- (4) Esse serviço dispõe de médico(s) específico(s) para pronto atendimento a pacientes HIV/aids
- (5) Os pacientes são encaminhados para atendimento em Pronto Socorro não específico para pacientes HIV/aids
- (6) Os pacientes são sempre atendidos, independentemente da existência de vagas na agenda
- (7) Outros

Item = valor

1,2,4,6 = 2

3,5,7 = 0

Básica

58. Qual a demanda mais freqüente para os atendimentos “extras” (consultas não agendadas para pacientes em seguimento)?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Intercorrências clínicas
- (2) Término da medicação
- (3) Falta à última consulta agendada
- (4) Abandono de tratamento
- (5) Resposta à convocação
- (6) Fornecimento de atestado para benefícios sociais
- (7) Não é possível obter essas informações
- (8) O atendimento extra não é realizado
- (9) Esse serviço não trabalha com agendamento prévio

1 = 2

2,3,4,5,6,7,8,9, = 0

Clareza

59. Quais atividades são realizadas rotineiramente no atendimento “extra” ou não agendado:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Avaliação de queixas clínicas
- (2) Fornecimento de receita de anti-retroviral e outras medicações, quando necessário
- (3) Avaliação e reorientação do uso de anti-retroviral e outras medicações
- (4) Solicitação de exames
- (5) Verificação da ocorrência de faltas anteriores
- (6) Orientação sobre retorno para o atendimento de rotina
- (7) Identificação das dificuldades em comparecer aos atendimentos agendados
- (8) Fornecimento de atestado para benefício social
- (9) Outros
- (10) O atendimento "extra" não é realizado

Valores:

Itens 3,5,6,7= 0,30

Itens 1,2,4,8=0,20

Itens 9,10=0

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Especificidade

VII. Características da assistência prestada pela equipe multiprofissional

60. Durante o atendimento, quais atividades são realizadas de rotina pelo **auxiliar/técnico de enfermagem**?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Agendamento de exames e consultas
- (2) Verificação de sinais vitais – peso, altura, temperatura, pressão arterial
- (3) Verificação de queixas agudas que exijam providências
- (4) Conferência do prontuário e do motivo do atendimento – resultados de exames etc.
- (5) Orientação sobre o uso de preservativos
- (6) Distribuição de preservativos
- (7) Orientação para coleta de exames
- (8) Orientação sobre o uso da medicação
- (9) Discussão sobre as dificuldades de adesão
- (10) Orientações nutricionais e dietéticas
- (11) Grupos de adesão ou grupos sobre outros temas específicos
- (12) Orientação sobre encaminhamentos para especialistas
- (13) Coleta de sangue para exames laboratoriais
- (14) Outros
- (15) Esse serviço não dispõe desse profissional

Valores:

Itens 5,8,9,10,11 = 0,20

Itens 1,2,3,4,6,7,12,13 = 0,11

Item 14 = 0

Se marcar somente 15 considerar missing

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Especificidade

61. Quais atividades são realizadas pelo **enfermeiro**?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Recepção e acolhimento de casos novos
- (2) Triage de intercorrências
- (3) Realização de grupos de adesão
- (4) Realização de grupos sobre outros temas específicos
- (5) Notificação epidemiológica
- (6) Supervisão da equipe de enfermagem

- (7) Visita domiciliar
- (8) Outros
- (9) Esse serviço não dispõe desse profissional

Valores:

Itens 1,3,4,5= 0,30

Itens 2,6,7,8=0,20

Itens 9=0

Se marcar somente 10 considerar missing

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Especificidade

62. Na **consulta de enfermagem** (atendimento individual pelo enfermeiro) é realizado:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Orientação sobre uso correto de medicação
- (2) Discussão sobre adesão
- (3) Orientação sobre as formas de transmissão e cuidados domésticos (biossegurança)
- (4) Orientação sobre uso de preservativos
- (5) Orientação ~~contraceptiva~~ sobre concepção / contracepção
- (6) Atendimento às DST (abordagem sindrômica)
- (7) Atendimento aos casos de exposição ocupacional
- (8) Outros
- (9) O enfermeiro não realiza consulta de enfermagem
- (10) Esse serviço não dispõe desse profissional

Valores:

Itens 1 a 7= 0,28

Itens 8,9=0

Se somente 10 considerar missing

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Especificidade

63. Quais atividades são realizadas pelo **psicólogo**?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Recepção e acolhimento de casos novos
- (2) Atendimento conjunto com médico e/ou serviço social
- (3) Psicoterapia individual
- (4) Psicoterapia de grupo
- (5) Suporte para a equipe técnica desse serviço
- (6) Triage de intercorrências
- (7) Grupos de adesão
- (8) Grupos sobre outros temas específicos
- (9) Visita domiciliar
- (10) Atendimento e suporte para a família
- (11) Outros
- (12) Esse serviço não dispõe desse profissional

Valores:

Itens 2,5,8,7= 0,25

Itens 1,3,4,6,9,10=0,16

Item 11=0

Se somente 12 considerar missing

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Especificidade

64. Quais atividades são realizadas pelo **assistente social**?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Recepção e acolhimento de casos novos
- (2) Discussão e apoio sobre estrutura familiar
- (3) Discussão e orientação sobre questões trabalhistas
- (4) Orientação sobre direitos civis e previdenciários
- (5) Encaminhamentos para benefícios sociais (cesta básica, vale transporte etc.)
- (6) Grupos de adesão
- (7) Grupos sobre outros temas específicos
- (8) Controle de faltosos e/ou busca ativa
- (9) Atividades de reinserção social e/ou geração de renda
- (10) Visita domiciliar
- (11) Outros
- (12) Esse serviço não dispõe desse profissional

Valores:

Itens 1,6,7,9= 0,25

Itens 2,3,4,5,8,10=0,17

Itens 11=0

Se somente 12 considerar missing

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Especificidade

65. As atribuições do **farmacêutico** são:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Controle do suprimento e dispensação dos medicamentos

- (2) Treinamento e supervisão dos auxiliares de farmácia (ou dos outros profissionais que auxiliam na farmácia)
- (3) Dispensação de medicamentos
- (4) Orientação individual dos pacientes quanto ao uso da medicação
- (5) Supervisão e orientação da equipe médica sobre a adequação dos esquemas com anti-retroviral
- (6) Controle de faltosos
- (7) Grupos de adesão
- (8) Outros
- (9) Esse serviço não dispõe desse profissional

Valores:

Itens 4,5,6,7= 0,32

Itens 1,2,3=0,24

Itens 8=0

Se somente 9 considerar missing

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Especificidade

66. Como os diferentes profissionais da equipe atendem e encaminham os pacientes?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) O médico identifica as necessidades e encaminha para os diferentes profissionais (psicólogos, assistentes sociais e outros) ou para outras instituições
- (2) Todos os profissionais encaminham para todos da equipe
- (3) Os pacientes são obrigatoriamente atendidos, pelo menos uma vez, pelos diferentes profissionais da equipe básica (médico, psicólogo, assistente social e enfermeiro)
- (4) Não existem outros profissionais com nível universitário além do médico

Se respondeu só 2 ou 2 e outro =2

Se respondeu só 1 =1

Se respondeu 1 e 3=1

Se respondeu só 3 = 0

Se somente 4 considerar missing

Acoplamento

VIII. Medicamentos

67. Classifique os medicamentos abaixo com relação a sua disponibilidade nos últimos 6 meses:

NÃO DISPONÍVEL: não padronizado pelo município ou não adquirido há pelo menos 6 meses

NÃO UTILIZADO: não há demanda em razão do perfil clínico-imunológico dos pacientes

MARCAR UMA ALTERNATIVA POR MEDICAMENTO

Medicamentos	Não utilizado	Não disponível	Não faltou	Faltou: tempo médio de falta nos últimos 6 meses		
	A	B	C	D) Até 15 dias	E) 16 a 30 dias	F) Mais de 30 dias
(1) Azitromicina						
(2) Dapsona						
(3) Sulfadiazina						
(4) Sulfametoxazol-Trimetoprim						
(5) Cetoconazol						
(6) Fluconazol						
(7) Aciclovir comp.						
(8) Pirimetamina						

Se não faltou, cada item de 1 a 8 = 0,25

Se faltou até 15 dias, cada item de 1 a 8 = 0,125

Se faltou acima de 15 dias, cada item 1 a 8 = 0

Se não disponível = 0

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

operacional

68. Nesse serviço a orientação do uso de anti-retroviral é realizada:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Na consulta médica
- (2) Por auxiliar/técnico de enfermagem
- (3) Na farmácia, por farmacêutico ou pessoal auxiliar
- (4) Na consulta do farmacêutico
- (5) Na consulta do enfermeiro
- (6) No atendimento individual por outros profissionais de nível superior
- (7) Nos grupos de discussão sobre adesão

Tendo dois ou mais itens do 4 a 7=2

Tendo dois ou mais itens do 1 ao 3=1

Se tiver apenas um item de 1 a 3=0

Se tiver apenas um item de 4 a 7=1

Especificidade

69. Nesse serviço, a dispensação de anti-retroviral na **primeira prescrição** é feita:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) No mesmo dia
- (2) Até 7 dias após a prescrição
- (3) De 8 a 15 dias após a prescrição
- (4) De 16 a 30 dias após a prescrição
- (5) Acima de 30 dias após a prescrição
- (6) Esse serviço não tem acesso a essa informação

Item = valor

1=2

2,3 = 1

4 a 6=0

Básica

70. O controle da dispensação de medicamentos é feito através de:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- Ficha de cadastro individual, com informações sobre esquema Terapêutico e data da retirada
- SICLOM (Sistema de Informação e Controle de Logística de Medicamento)
- Retenção da 2ª via da receita médica
- Fichas de prateleira para controle de estoque de medicamentos
- Livro de registro
- Planilha de controle de medicamentos

Outros

Esse serviço não tem esse tipo de controle

Item = valor

1,2= 2

5,6 =1

3,4,7,8 =0

Especificidade

71. Ao realizar o controle de dispensação dos anti-retrovirais, este serviço retira os óbitos notificados, de forma a atualizar as informações sobre o número de pacientes em uso de anti-retrovirais?

(1) Não = 0

(2) Sim = 2

(3) Não se aplica, pois esse serviço não dispensa anti-retroviral =
Considerar missing.

Avaliação

72. Classifique os anti-retrovirais abaixo com relação a sua disponibilidade nos últimos 6 meses:

MARCAR UMA ALTERNATIVA POR MEDICAMENTO

Medicamentos	Não Disponível / Não	Não faltou	Faltou: Tempo médio de falta nos últimos 6 meses			
	A	B	C) Até 7 dias	D) 8 a 15 dias	E) 16 a 30 dias	F) mais de 30 dias
(1) Abacavir (ABV) comp. 300mg						
(2) Amprenavir (AMP) comp. 150mg						
(3) Atazanavir (ATZ) comp. 150mg						
(4) Atazanavir (ATZ) comp. 200mg						
(5) Didanosina (ddl) comp.100mg						
(6) Didanosina (ddl) comp.25mg						
(7) Didanosina EC comp.400mg						
(8) Didanosina EC comp.250mg						
(9) Efavirenz (EFV) caps. 600mg						
(10) Enfuvirtida (T20) fr.amp.90mg						
(11) Estavudina (D4T) comp 30 mg						
(12) Estavudina (D4T) comp 40mg						
(13) Indinavir (INV) comp. 400mg						
(14) Lamivudina (3TC) comp.150mg						
(15) Lopinavir/r (LPV) comp. 133mg						
(16) Nelfinavir (NFV) caps. 250mg						
(17) Nevirapina (NPV) caps. 200mg						
(18) Ritonavir (RTV) comp.100mg						
(19) Saquinavir (SQV) cps. duras 200mg						
(20) Saquinavir (SQV) cps. gelatinosas 200mg						
(21) Tenofovir (TFD) comp. 300mg						
(22) Zidovudina (AZT) comp. 100mg						
(23) Zidovudina (AZT) suspensão						
(24) Zidovudina (AZT) injetável						

(25) Zidovudina 300mg + Lamivudina 150mg						
---------------------------------------------	--	--	--	--	--	--

() Esse serviço não possui essas informações

Não faltou 100% ou faltou em até 15 dias até 4,9%=2

Se faltou de 5 a 10% até 15 dias=1

Mais que 10% em 15 dias ou qualquer falta mais que 15 dias=0

Esse serviço não possui essa informação=0

Operacional

73. **Caso esse serviço não dispense** anti-retrovirais, os pacientes são encaminhados para retirada de medicamentos em:

Nome **da** **unidade**
dispensadora:.....

Endereço **da** **unidade** **dispensadora:**
R:.....**No.**.....

Cidade:..... **Estado:**.....

Telefone:.....

A dispensação na unidade citada acima :

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) É demorada devido à falta freqüente de medicação
- (2) É demorada devido às exigências burocráticas
- (3) É demorada devido dificuldade de acesso (outra cidade, bairros afastados)
- (4) A dispensação supre as necessidades desse serviço
- (5) Não é possível informar porque não há integração com a unidade dispensadora.
- (6) Não se aplica, pois esse serviço dispensa anti-retroviral

Item= valor

4=2

1,2,3,5=0

Se somente 6, considerar missing

Operacional

IX. Apoio diagnóstico e terapêutico

Com relação ao acesso às modalidades assistenciais dirigidas ao cuidado dos pacientes com HIV/aids, esse serviço dispõe:

(Escolha uma alternativa por linha)

Modalidade Assistencial	Disponível nesse serviço (A)	Disponível fora desse serviço		Não disponível (D)
		Com facilidade (B)	Com dificuldade (C)	
(1) CTA/COAS				
(2) ADT				
(3) HD- Hospital Dia				
(4) Internação convencional				
(5) Pronto Socorro (24horas)				

Valores:

Se disponível na unidade ou disponível com facilidade

Itens 2,3,4= 0,46

Itens 1 e 2=0,30

Se disponível com dificuldade

Itens 2,3,4= 0,15

Itens 1 e 2=0,10

Se não disponível = 0

Classificação da soma do quadro:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Operacional

74. Quanto aos exames laboratoriais, esse serviço:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Coleta todos os exames
- (2) Coleta parte dos exames no serviço e encaminha outros para coleta em laboratório de referência
- (3) Encaminha todos os exames para coleta em laboratório de referência

Item = valor

1=2

2=1

3 = 0

Clareza

75. Caracterize a disponibilidade de exames, assinalando o **tempo médio** de espera para o resultado

ESCOLHA UMA ALTERNATIVA POR EXAME

CONSIDERE O TEMPO A PARTIR DA SOLICITAÇÃO DO EXAME

➤ **CONSIDERAR A DISPONIBILIDADE INDEPENDENTEMENTE DO EXAME SER REALIZADO DENTRO OU FORA DESSE SERVIÇO**

EXAMES	Não disponível	Disponível com tempo médio de espera para o resultado de:					
	A)	B) até 7 dias	C) 8 a 15 dias	D) 16 a 30 dias	E) 31 a 45 dias	F) 46 dias ou mais	G) Imprevisível
(1) Amilase							
(2) Bilirrubina/frações							
(3) Colesterol							
(4) Creatinina							
(5) Glicose							
(6) TGO/TGP							
(7) Uréia							
(8) Triglicérides							
(9) Hemograma							
(10) Hemocultura Bactéria							
(11) Coprocultura							
(12) Urocultura							
(13) BAAR							
(14) PPD							

(15) Urina I/EAS (elementos anormais no sedimento urinário)							
(16) Parasitológico de fezes							
(17) Anti-HIV (Elisa)							
(18) Western-Blot							
(19) Imunofluor para HIV							
(20) S. Hepatite B							
(21) S. Hepatite C							
(22) S. Toxoplasmose							
(23) CD4/CD8							
(24) Carga Viral							

Se não disponível mais de 20% dos itens 1, 2,3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10,13,14, 15, 16, 23, e 24 ou se somente esses forem disponíveis = 0

Se disponível mais de 80% dos itens (1, 2,3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10,13,14, 15, 16, 23, e 24) e até 50% dos restantes = 1

Se disponível mais de 80% dos itens (1, 2,3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10,13,14, 15, 16, 23, e 24) e mais que 50% do restante, incluindo os itens 20,21 e 22 = 2

Se 90% dos exames disponíveis apresentam tempo médio de espera até 15 dias (colunas B e C)=2

Se 70 a 89% dos exames disponíveis apresentam tempo médio de espera até 15 dias (colunas B e C)=1

Se menos de 70% dos exames disponíveis apresentam tempo médio de espera até 15 dias (colunas B e C)=0

Operacional

76. Faça a mesma caracterização em relação aos exames listados abaixo:

➤ **CONSIDERAR A DISPONIBILIDADE INDEPENDENTEMENTE DO EXAME SER REALIZADO DENTRO OU FORA DESSE SERVIÇO**

ESCOLHA UMA ALTERNATIVA POR EXAME

OUTROS EXAMES	Não disponível	Disponível com tempo médio de espera para o resultado de:					
	(A)	B) Até 7 dias	C) 8 a 15 dias	D) 16 a 30 dias	E) 31 a 45 dias	F) 46 dias ou mais	G) Imprevisível
(1) Rx Tórax							

(2) Rx Seios da Face							
(3) Rx Abdome							
(4) EDA							
(5) USG							
(6) Tomografia							
(7) Broncoscopia							
(8) Colposcopia							
(9) Anatomo Patológico							
(10) ECG							

Se disponível até 15 dias, cada ítem de 1 a 10 = 0,20

Se disponível de 16 a 45 dias, cada ítem de 1 a 10 = 0,10

Se disponível acima de 45 dias, cada ítem de 1 a 10 = 0

Se não disponível = 0

Classificação da soma do quadro:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Operacional

77. A disponibilidade de cota para realização de exames de CD4 é, aproximadamente:

➤ **Multiplicar a cota mensal por 12 e dividir pelo número de pacientes**

- (1) 1 exame por paciente por ano
- (2) 2 exames por paciente por ano
- (3) 3 exames por paciente por ano
- (4) Mais de 3 exames por paciente por ano
- (5) Exame não disponível

Item= valor

3,4=2

2=1

1,5=0

Operacional

78. A disponibilidade de cota para realização de exames de carga viral é, aproximadamente:

➤ **Multiplicar a cota mensal por 12 e dividir pelo número de pacientes**

- (1) 1 exame por paciente por ano
- (2) 2 exames por paciente por ano

- (3) 3 exames por paciente por ano
- (4) Mais de 3 exames por paciente por ano
- (5) Exame não disponível

Item= valor

3,4=2

2=1

1,5=0

Operacional

79. Caracterize o acesso e o tempo médio de espera para atendimentos nas seguintes especialidades:

➤ **CONSIDERAR O ACESSO INDEPENDENTEMENTE DA ESPECIALIDADE SE CONCENTRAR DENTRO OU FORA DESSE SERVIÇO**

MARCAR UMA ALTERNATIVA POR LINHA

ESPECIALIDADES	Não disponível	Disponível com tempo médio de espera para acesso de:				
		A	B) até 15 dias	C) 16 a 45 dias	D) 46 a 60 dias	E) mais de 60 dias
(1)Ginecologia						
(2)Psiquiatria						
(3)Neurologia						
(4)Proctologia						
(5)Cardiologia						
(6)Oftalmologia						
(7)Cirurgia Geral						
(8) Odontologia						
(9) Psicologia						
(10) Serviço social						

Se disponível até 15 dias, cada ítem de 1 a 10 = 0,20

Se disponível de 16 a 45 dias, cada ítem de 1 a 10 = 0,10

Se disponível acima de 45 dias, cada ítem de 1 a 10 = 0

Se não disponível = 0

Classificação da soma do quadro:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Operacional

X. Cuidados de Biossegurança

80. Em caso de acidente com material biológico a conduta é:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) O funcionário é atendido no próprio serviço para orientações e conduta **até duas horas** após o acidente
- (2) O funcionário é atendido em outro serviço para orientações e conduta **até duas horas** após o acidente
- (3) O funcionário é atendido em outro serviço para orientações e conduta **após duas horas**
- (4) Não existe fluxo estabelecido
- (5) Informação não disponível

Item= valor (ver freqüência)

1,2 =2

3=1

4,5=0

Descritiva

ESTRUTURA

81. Os profissionais já receberam treinamento específico nos procedimentos a serem realizados nos casos de exposição ocupacional?

- (1) Não = 0
- (2) Sim = 2

Especificidade

82. O acondicionamento dos resíduos ou lixo contaminados é realizado:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Por profissionais desse serviço treinados para esse fim
- (2) Por profissionais desse serviço treinados, com supervisão da enfermeira
- (3) Por profissionais desse serviço não treinados até o momento
- (4) Por profissionais terceirizados treinados com supervisão
- (5) Por profissionais terceirizados treinados
- (6) Por profissionais terceirizados não treinados até o momento

(7) Outros

Item= valor

1,2,4=2 se assinalado mais que 1 fica o de pontuação maior

5=1

3,6,7=0

Operacionalidade

XI. Capacitação de recursos humanos

83.No último ano, esse serviço promoveu ou enviou quais profissionais para reciclagem/capacitação?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Médicos
- (2) Enfermeiros
- (3) Assistentes sociais
- (4) Psicólogos
- (5) Nutricionistas
- (6) Dentistas
- (7) Farmacêuticos
- (8) Auxiliares/técnicos de enfermagem
- (9) Auxiliares/técnicos em odontologia
- (10) Pessoal administrativo
- (11) Auxiliares de serviços gerais (limpeza)
- (12) Para nenhuma categoria
- (13) Outros

(1,2,3,4,5,6ou 7) + (8,9,10ou11)= 2

(1,2,3,4,5,6ou 7) =1

(8,9,10 ou11)=1

12,13=0

efetividade comunicacional

84.No último ano, esse serviço ofereceu suporte financeiro para seus profissionais participarem de treinamentos, congressos e similares?

- (1) Não = 0
- (2) Sim = 2

Operacionalidade

85. Nesse serviço existe material de consulta, como textos técnicos e similares?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Não
- (2) Sim, mas não existe espaço físico reservado para a consulta

(3) Sim. O material está disponível em sala de leitura ou equivalente

3=2

2=1

1=0

Efetividade comunicacional

86. Esse serviço promove sistematicamente reuniões para discussão de casos e condutas clínicas?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Não
- (2) Sim, semanalmente
- (3) Sim, quinzenalmente
- (4) Sim, mensalmente
- (5) Sim, apenas quando há necessidade

2 ou 3=2

4=1

1 ou 5=0

Efetividade comunicacional

XII. Gerência

87. A responsabilidade **administrativa** (controle de faltas, férias, alocação de pessoal, contratação) sobre a equipe de assistência à aids nesse serviço é exercida:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Pelo gerente desse serviço, que é um profissional não vinculado ao Programa de DST/Aids
- (2) Pelo gerente desse serviço, que é um profissional que integra o Programa de DST/Aids
- (3) Diretamente pela coordenação municipal do Programa de DST/Aids
- (4) Diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde
- (5) Outros

2=2

3=1

1, 4 ou 5=0

Efetividade

88. O gerente administrativo especificado anteriormente possui formação para a atividade gerencial?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Não

- (2) Sim, através de especialização em saúde pública
- (3) Sim, através de especialização em administração em saúde
- (4) Sim, através de outros cursos de capacitação na área gerencial
- (5) Outros

2 ou 3 ou 2+3+4 =2

4=1

1 ou 5 = 0

Especificidade

89. A coordenação **técnica** (responsável pela assistência, reuniões, supervisão etc.) imediata das atividades ambulatoriais desse serviço de HIV/aids é realizada:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Pelo gerente desse serviço especializado em HIV/aids
- (2) Por um coordenador ou chefia técnica da equipe de assistência ambulatorial (**mesmo que não formalizado**)
- (3) Pelo coordenador municipal de DST/aids
- (4) Por um profissional que acumula a função de coordenação local e municipal do Programa de DST/Aids
- (5) Não existe coordenação direta das atividades de assistência ambulatorial

1 ou 2=2

3 ou 4=1

5=0

Efetividade

90. As atividades desenvolvidas **nesse serviço** pelo coordenador técnico da assistência ambulatorial são:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Exclusivamente gerenciais
- (2) A maior parte gerencial e uma pequena parte assistencial
- (3) Uma grande parte assistencial e pequena parte gerencial
- (4) Gerência e assistência são realizadas ao mesmo tempo ou na mesma proporção
- (5) Atividades de ensino
- (6) Outras
- (7) Não se aplica, pois não há responsável técnico

1 ou 2 =2

4=1

3,5 ou 6= 0

7 = missing

Clareza

91. O coordenador técnico especificado na questão anterior exerce atividades de coordenação técnica em serviços HIV/aids há:

- (1) Menos de 1 ano
- (2) Entre 1 e 3 anos
- (3) Entre 3 e 6 anos
- (4) Mais de 6 anos
- (5) Não há responsável técnico

3 ou 4=2

1 e 2 = 1

5=0

Especificidade

92. Esse serviço realiza reuniões de trabalho:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Semanalmente
- (2) Quinzenalmente
- (3) Mensalmente
- (4) Sem periodicidade definida
- (5) Nunca realiza

1 ou 2 =2

3 =1

4 ou 5=0

Operacionalidade

93. Que tipo de reuniões de trabalho esse serviço realiza **periodicamente**?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Reuniões de caráter gerencial (administrativas)
- (2) Reuniões técnicas/administrativas com toda a equipe multiprofissional
- (3) Reuniões técnicas por categoria profissional
- (4) Reuniões ampliadas com a participação de pacientes ou de entidades representativas (ONGs)
- (5) Outras
- (6) Não há reuniões

2 ou 4 =2

1 ou 3=5=0

6= missing

Efetividade

94. Quais membros da equipe participam das **reuniões multiprofissionais**:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Diretor técnico

- (2) Diretor administrativo
- (3) Chefia médica
- (4) Médicos
- (5) Chefia de enfermagem
- (6) Enfermeiros
- (7) Assistente social
- (8) Psicólogos
- (9) Farmacêuticos
- (10) Auxiliares/técnicos de enfermagem
- (11) Não há esse tipo de reunião

1, 2, 3, 5 = A

4 = B

6, 10 = C

7, 8, 9 = D

Classificar: $A + B + C + D = 2$

$A + B + C = 1$

$A + B + D = 1$

Qualquer outra combinação = 0

11 = 0

efetividade

95. Que tipo de atividades esse serviço oferece para minimizar o sofrimento dos profissionais que atendem os pacientes de HIV/aids?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Grupos terapêuticos
- (2) Atendimento individual com psicólogos e/ou psiquiatras
- (3) Atividades de lazer e integração (coral, festas, caminhadas etc.)
- (4) Atividades de relaxamento (ioga, shiatsu, tai-chi-chuan, massagens etc.)
- (5) Outras
- (6) Não existem essas atividades

1 ou 2 = 2

3 ou 4 = 1

5 ou 6 = 0

Efetividade

96. Quanto ao suporte técnico-administrativo aos profissionais, são realizadas:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Supervisões técnicas
- (2) Supervisões administrativas
- (3) Supervisão institucional

- (4) Supervisão clínica para os psicólogos
- (5) Não há nenhum tipo de supervisão

1 ou 3 = 2

2 ou 4 = 1

5 = 0

Efetividade

97. Esse serviço utiliza os dados epidemiológicos disponíveis da região para o planejamento de suas atividades como, por exemplo, o número e o perfil dos casos notificados?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Não
- (2) Não, pois os dados não estão disponíveis
- (3) Não, pois os dados estão desatualizados
- (4) Sim

4 = 2

1, 2 ou 3 = 0

Avaliação

98. No último ano, esse serviço realizou o planejamento de suas atividades:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Através da continuidade das atividades desenvolvidas no ano anterior
- (2) Através do cumprimento das metas estabelecidas pela equipe de planejamento do nível central
- (3) Através de plano elaborado pela equipe local desse serviço
- (4) Conforme definido pelo diretor técnico
- (5) Conforme articulação da gerência local com a Coordenação de DST/Aids
- (6) Através de plano elaborado pela equipe e por representantes de pacientes
- (7) Outros
- (8) Não houve planejamento local

3 ou 6 = 2

2 ou 4 ou 5 = 1

1, 7, ou 8 = 0

efetividade

99. De que modo o serviço participa da priorização dos recursos financeiros destinados ao financiamento das ações de hiv/aids?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) O gerente reúne-se com a equipe e com instâncias superiores
- (2) O gerente reúne-se apenas com as instâncias superiores
- (3) Não há participação direta desse serviço nas decisões
- (4) O gerente reúne-se com a equipe, com usuários (comissões municipais, fóruns ou similares) e instâncias superiores

1 ou 4=2

2=1

3=0

efetividade comunicacional

100. Nos últimos 6 meses, esse serviço teve dificuldades gerenciais com:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Acesso a exames de laboratório em geral
- (2) Acesso a exames de CD4/Carga Viral
- (3) Medicação anti-retroviral
- (4) Medicação contra infecções oportunistas
- (5) Encaminhamentos para especialidades
- (6) Vagas para internação
- (7) Vagas em hospital dia
- (8) Vagas em maternidade
- (9) Vaga para assistência domiciliar terapêutica
- (10) Contratação de recursos humanos de nível superior
- (11) Contratação de recursos humanos de nível médio (auxiliar/técnico)
- (12) Aquisição de material de consumo
- (13) Aquisição de material permanente
- (14) Outros

Não pontuar. Descritiva

101. Diante das dificuldades enfrentadas no gerenciamento, quais as medidas tomadas na busca de soluções?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Encaminhamento dos problemas para a direção local
- (2) Notificação à Coordenação Municipal do Programa DST/Aids
- (3) Notificação à Coordenação Estadual de DST/Aids
- (4) Notificação à Coordenação Nacional de DST/Aids
- (5) Comunicado às instâncias de controle social (fórum de ONGs, Conselho Municipal de Aids, Conselho Municipal de Saúde)
- (6) Contato com outros serviços ou instâncias gerenciais para remanejamento de insumos
- (7) Reunião com pacientes
- (8) Aguardo de providências de outras instâncias gerenciais
- (9) Aquisição de insumos com verba de pronto pagamento ou com recursos de projetos
- (10) Outros

6 ou 9 =2

1,2,5 ou 7=1

3,4,8,ou 10=0

Efetividade

102. A avaliação das atividades assistenciais é:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Realizada periodicamente para reprogramação das atividades
- (2) Realizada esporadicamente, quando necessária
- (3) Realizada anualmente para prestação de contas
- (4) Realizada pela coordenação estadual ou nacional do programa
- (5) Não é realizada

1=2

3 ou 4=1

2 ou 5 = 0

Avaliação

103. As avaliações já realizadas nesse serviço basearam-se em:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Dados de produção ambulatorial
- (2) Dados epidemiológicos
- (3) Relatórios de atividades
- (4) Levantamento da satisfação dos usuários
- (5) Auditoria de prontuários
- (6) Levantamento do perfil da demanda
- (7) Não foram realizadas avaliações
- (8) Outros

4 ou 5=2

2+6=2

3+2=2

3+6=2

1, 2, ou 6=1

3 ou 8 = 0

7 = missing

Avaliação

104. Há alguma forma organizada para encaminhar as reclamações dos pacientes?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Não
- (2) Caixa ou livro de sugestões e reclamações
- (3) Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões
- (4) Sistema de ouvidoria (desse serviço, da secretaria etc.)
- (5) Diretamente junto à direção local desse serviço ou ao conselho gestor
- (6) Outros

4 ou 5 = 2

2 ou 3 = 1

1 ou 6 = 0

Efetividade

105. Existe participação organizada dos pacientes no encaminhamento de soluções de problemas?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Não
- (2) Sim, através de ONGs
- (3) Sim, através de conselho gestor ou similar
- (4) Sim, através de outras formas de organização

2, 3 ou 4 = 2

1 = 0

Efetividade

106. Existe integração rotineira desse serviço com outros órgãos ou instituições não diretamente vinculadas à saúde?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Não
- (2) Sim, com o setor judiciário
- (3) Sim, com ONGs
- (4) Sim, com outras secretarias do município ou do estado, como a da educação e a do serviço social
- (5) Sim, com igrejas ou entidades filantrópicas
- (6) Sim, com outros órgãos

2,3,4,5 ou 6 = 2

1 = 0

Efetividade

Anexo II

Roteiro de Entrevistas

Entrevistado- Gestor municipal

- 1- Como foi a história do Programa de Aids no seu município?
Quando e como foi decidido pela implantação do serviço?
- 2- Quando o governo federal começou a repassar recursos fundo a fundo para o Programa de Aids? O que acha disto?
- 3- Qual a importância do serviço dentro da rede de atenção a saúde.
- 4- Você já foi ao serviço, conhece os profissionais?
- 5- Como é seu contato com o Coordenador do Programa?
- 6- Percebe algum diferencial de qualidade do serviço de HIV/Aids em relação às outras clínicas nesta unidade de saúde?
- 7- Seu município possui alguma característica demográfica ou social específica?
- 8- Como vê a participação da sociedade civil organizada no Programa?
- 9- Existe alguma forma de apoio informal ao serviço?
- 10- As pactuações em CIB têm sido realizadas normalmente?

Entrevistado- Coordenador DST/Aids

- 1- Como foi a história do Programa de DST/Aids no seu município?
Quando começaram a receber o incentivo financeiro do MS? Como você começou a trabalhar com o programa de Aids? Qual seu vínculo e situação profissional?
- 2- Você coordena outros programas concomitantemente? Se sim, o que acha disto? Se sente sobrecarregado? Percebe alguma diferença entre o Programa de Aids e os outros programas?
- 3- Tem apoio da Secretaria Municipal para resolução de problemas ou déficit de recursos no serviço? Como é sua relação profissional com o Secretário de Saúde do município?

4- Quantos técnicos trabalham na coordenação? Como vocês elaboram o PAM? A sociedade civil organizada ou os usuários tem algum tipo de participação nas decisões da coordenação?

5- Possui algum tipo de papel ativo no funcionamento do serviço? Qual foi a última vez que foi ao serviço de DST/Aids? Como é seu relacionamento com a gerência e os técnicos?

6- Quais as principais barreiras para o bom funcionamento do programa no seu município?

7- Qual foi sua participação para o preenchimento do Qualiaids 2010?

Entrevistado- Gerente do Serviço

1- Como foi a história do serviço no início da sua implantação? Como era o serviço quando começou a atender portadores do HIV? Quando o serviço começou a funcionar? Quem são os profissionais mais antigos?

2- Como você começou a trabalhar com o Programa de Aids e porque se interessou por este trabalho? Qual seu vínculo e situação profissional no serviço? Teve alguma formação para atuar como gerente? O que conhece sobre a infecção e sobre as diretrizes do programa? Faz alguma atividade assistencial, além da gerencia?

3- Como é o serviço? Como é o seu trabalho? Como é o trabalho dos outros técnicos? Como é composta a equipe do serviço e como os profissionais se relacionam em equipe. Quais são as atividades do assistente social, do psicólogo, do médico, da enfermagem e dos outros profissionais? Pode descrever as atividades desses profissionais? Costuma reunir a equipe para reuniões técnicas ou de trabalho? Houve alguma mudança importante nos últimos anos no funcionamento do serviço?

4- Como são os usuários do serviço? Eles criam vínculos com o serviço e os profissionais? Tem algum tipo de usuário preponderante? Costumam trazer reclamações ou sugestões para melhora no atendimento? Quantos pacientes são acompanhados no seu serviço?

5- A Coordenação Municipal e Secretaria de Saúde oferecem algum tipo de apoio técnico ou operacional para o funcionamento do serviço? Como faz para solicitar novos profissionais quando necessários? Existe alguma participação do serviço na elaboração do PAM?

6- Quem é o responsável pelas orientações técnicas e por solucionar situações de conflito na unidade?

7- Como é o sistema de referência e contrarreferências do serviço? Como é o procedimento para marcação de consultas, internações e exames?

8- Se o serviço está em uma unidade básica de saúde, como percebe este vínculo? Você identifica alguma vantagem ou desvantagem em estar numa UBS?

9- Quem participou do preenchimento do Qualiaids 2010 no serviço, houve alguma dificuldade ao responder o questionário? Alguma questão é considerada mais relevante para o serviço.

Entrevistado- Médicos e Profissionais de Saúde nível superior

1-Como você começou a trabalhar com portadores de HIV/Aids e desde quando trabalha neste serviço? Qual seu vínculo profissional? Trabalha em outros serviços? Teve formação ou treinamento para este atendimento?

2-Percebe neste serviço condições para um bom atendimento aos usuários? Por quê? O que o diferencia de outros serviços onde trabalha? Você gosta de trabalhar neste serviço?

3-Qual profissional você considera responsável pela coordenação das atividades desenvolvidas na unidade?

4-Percebe algum apoio da gerência ao funcionamento e organização do serviço?

5-Como você se relaciona profissionalmente com a equipe de saúde? Participa de reuniões técnicas ou de equipe no serviço? Quais as atividades do assistente social, do psicólogo, do enfermeiro e do farmacêutico? Você costuma encaminhar os pacientes para algum deles?

6-Como é seu relacionamento com os usuários? Costuma dar seu telefone ao paciente em alguns casos? Você se sente envolvido com os problemas dos pacientes?

7-Participa de treinamentos e seminários do MS? Utiliza o Consenso de terapia ARV do MS? Costuma fazer outros tipos de atualização regularmente?

8-Como você faz os encaminhamentos para interconsultas e internações? Tem dificuldades normalmente?

9-Quais as principais dificuldades na rotina de trabalho? Costuma participar de reuniões de equipes? Como você aborda a tomada dos medicamentos com o paciente? Participa de atividades em grupo no serviço?

10- No último ano, houve algum tipo de supervisão do seu trabalho na unidade?

11- Teve participação no preenchimento do Qualiaids 2010? Como foi o procedimento para o preenchimento do Qualiaids no serviço?

Anexo III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ECLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa – **Avaliação de Implantação dos Serviços Ambulatoriais que atendem pessoas vivendo com HIV e AIDS no SUS – uma análise dos serviços de pequeno porte a partir das pesquisas QUALIAIDS.**

Você foi escolhido por estar relacionado profissionalmente ao serviço ambulatorial selecionado na pesquisa e sua participação não é obrigatória.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O objetivo desse estudo é avaliar a qualidade da atenção prestada aos pacientes em acompanhamento nesses serviços.

Sua participação consistirá em responder as perguntas aqui relacionadas na entrevista. As entrevistas semiestruturadas serão gravadas e os arquivos permanecerão em posse do pesquisador, que será também o entrevistador. O tempo médio de cada entrevista será de 45 minutos. Esse material não será acessado pela população em geral ou profissionais de saúde, a não ser através dos relatórios e artigos publicados ao final do estudo, onde os sujeitos não serão identificados.

Sua participação terá como benefício o maior conhecimento do serviço e uma reflexão crítica do processo de trabalho com possível reflexo na qualidade da assistência ao portador de HIV/Aids. Da mesma forma, os resultados serão amplamente divulgados para os participantes da pesquisa e gestores do SUS, ao final do estudo, para planejamento e adequação de estratégias que levem à melhoria do atendimento, melhoria da qualidade de vida e da sobrevivência desses pacientes. Após a divulgação e publicação dos resultados os arquivos de áudio serão inutilizados.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação ou do serviço. Existem, entretanto, riscos potenciais quanto à quebra de sigilo da identidade dos profissionais participantes da pesquisa detentores de cargos públicos.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa de sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL

Rachel Pereira Baccarini

Endereço: SGAN 912 Norte, Condomínio Park Ville, bloco A, apt-108

Brasília -DF

Telefone: 61- 82438490

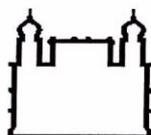
Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública- Fundação Osvaldo Cruz-RJ

_____ de _____ de _____

Sujeito da pesquisa

Anexo IV- Parecer do Comitê de Ética



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa

SIPAR - Ministério da Saúde

Registro Número:

25000-104615/11-04

06/06/11

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

SIPAR - Ministério da Saúde
Registro Número:
25000-

Rio de Janeiro, 06 de junho de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 10/11

CAAE: 0018.0.031.000-11

Título do Projeto: “Avaliação de implantação da assistência ambulatorial às PVHA no SUS- uma análise dos serviços de pequeno porte a partir da pesquisa QUALIAIDS”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Rachel Pereira Baccarini

Orientadora: Maria Ines Battistella Nemes

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Data de recebimento no CEP: 04 / 02 / 2011

Data de apreciação: 16 / 02 / 2011

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

Prof. Angela Esher
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

