ELEN ROSE LODEIRO CASTANHEIRA

**Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas
vivendo com HIV/aids em serviços públicos no estado
de São Paulo: relações entre qualidade e organização
do processo de trabalho**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Medicina

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientador: Profa. Dra. Maria Inês Baptistella Nemes

SÃO PAULO

2002

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Castanheira, Elen Rose Lodeiro

Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/aids em serviços públicos no estado de São Paulo : relação entre qualidade e organização do processo de trabalho / Elen Rose Lodeiro Castanheira. – São Paulo, 2002.

Tese(doutorado)–Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientadora: Maria Ines Baptistela Nemes.

Descritores: 1.AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS 2.ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL/métodos 3.SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA/ patologia 4.SETOR PÚBLICO 5.SÃO PAULO 6.GARANTIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE/métodos 7.DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS 8.ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/organização & administração

USP/FM/SBD-198/02

Quando uma época parece ter exaurido as promessas que a constituíram, quando as escolhas morais dos indivíduos parecem desamparadas da segurança e do conforto que lhes proporcionavam as normas que perderam legitimidade e deverão ser transgredidas, o Espírito tem dois caminhos, então, a prosseguir. Ou bem, corajosamente lançando-se no interior de si mesmo busca arrancar, dos desvãos em que se tiverem perdido, os valores que à falta de objetivação convincente terão deixado de ter expressão humana, para recriá-los com base em suas raízes corrompidas, ou então cede às tentações do conservadorismo sempre à espreita e vai refugiar-se nas pseudo-éticas do irracionalismo e do pragmatismo, das quais obtém o material perverso para uma mórbida embriaguez.

(Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, Seres Humanos e Práticas de Saúde: Comentários sobre o livro “Razão e Planejamento” organizado por Edmundo Gallo, Hucitec, 1995)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de homenagear o conjunto dos trabalhadores dos serviços públicos de assistência à aids, pelo valioso trabalho que desenvolvem desde os primeiros anos da epidemia, por seu desprendimento e coragem em enfrentar tantas adversidades. Em particular, quero agradecer aos profissionais dos vinte e sete serviços avaliados, pela oportunidade de aprendizado e pelo profissionalismo e generosidade com que nos receberam em seu cotidiano de trabalho.

À equipe QualiAids, pelo aprendizado conjunto que vimos construindo, pela imensa disponibilidade de troca e solidariedade no trabalho em equipe e pelo inestimável carinho.

À Professora Maria Ines Baptistella Nemes, pela imensa coragem e ousadia com que vem construindo e fomentando o pensamento crítico e o conhecimento científico através da difícil área de interface entre os serviços e academia, pela coerência intelectual e política com que desenvolve seu trabalho como docente e pesquisadora e com que forma os que com ela trabalham. Pela amizade e pelo carinho eu não teria como agradecer, mas pelos ensinamentos e possibilidade de trabalho conjunto, muito obrigado.

Aos meus queridos, que sempre me acompanham e comigo dividem um pouco de suas vidas, Luzia, Ana Luiza, André e Alexandre, pelo imenso apoio e pelo amor com que nutrem minha vida.

Ao Chico, pelos cuidados, carinho e amor dos últimos anos.

A todos os amigos que têm me acolhido e amparado, por podermos aprender e envelhecer juntos.

SUMÁRIO

Epígrafe	02
Agradecimentos	03
Sumário	04
Lista de figuras	05
Lista de quadros	06
Lista de anexos	07
Resumo	08
Summary	09
1. Apresentação.....	10
2. Objetivos.....	14
3. QUADRO TEÓRICO	15
3.1. Avaliação da qualidade de programas de saúde	15
3.2. a qualidade da organização do trabalho: uma abordagem avaliativa	22
4. A ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL NO PROGRAMA DE DST/AIDS	31
4.1. Características de destaque na construção histórica do Programa Brasileiro de DST/SIDS	32
4.2. A assistência ambulatorial como ação programática	48
4.3. O perfil tecnológico da assistência	58
5. METODOLOGIA	84
5.1. Desenho metodológico	84
5.2. A eleição de critérios de qualidade	85
5.2.1. Características da assistência	89
5.2.2. Características do processo gerencial	91
5.3. Os indicadores	93
5.3.1. Indicadores de qualidade da assistência	93
5.3.2. Indicadores de qualidade da gerência	96
5.4. Padrões da avaliação	97
5.4.1. Padrões de qualidade da assistência	97
5.4.2. Padrões de qualidade da gerência	102
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	104
6.1. Caracterização geral dos serviços estudados	104
6.2. Avaliação da qualidade	112
7. CONCLUSÕES	137
8. BIBLIOGRAFIA	153

LISTA DE FIGURAS

Figura I. Fluxograma Assistencial.....	63
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro I. Modelo para síntese dos serviços.....	94
Quadro II. Planilha de avaliação da qualidade aplicada a cada unidade.....	99
Quadro III. Caracterização das 27 unidades ambulatoriais de assistência à aids, ordenadas segundo o ano de início das atividades e tipo atual de estrutura assistencial.....	107
Quadro IV. Caracterização das 27 unidades estudadas segundo o número referido de pacientes maiores de 13 anos em uso de HAART, em 1998 e em 2001, e o número de modalidades assistenciais atualmente oferecidas....	110
Quadro V. Distribuição de indicadores segundo padrões de qualidade para a Unidade: 02 - Grupo de Qualidade: 1.....	128
Quadro VI. Distribuição de indicadores segundo padrões de qualidade para a Unidade: 22 - Grupo de Qualidade: 1.....	129
Quadro VII. Distribuição de indicadores segundo padrões de qualidade para a Unidade: 05 - Grupo de Qualidade: 2.....	130
Quadro VIII. Distribuição de indicadores segundo padrões de qualidade para a Unidade: 09 - Grupo de Qualidade: 2.....	131
Quadro IX. Distribuição de indicadores segundo padrões de qualidade para a Unidade: 24 - Grupo de Qualidade: 3.....	132
Quadro X. Distribuição de indicadores segundo padrões de qualidade para a Unidade: 26 - Grupo de Qualidade: 3.....	133
Quadro XI. Distribuição da frequência dos indicadores segundo diferentes padrões de qualidade: Grupo de Qualidade 1 – 8 unidades.....	134
Quadro XII. Distribuição da frequência dos indicadores segundo diferentes padrões de qualidade: Grupo de Qualidade 2 – 11 unidades.....	135
Quadro XIII. Distribuição da frequência dos indicadores segundo os padrões de qualidade: Grupo de Qualidade 3 – 8 unidades.....	136
Quadro XIV. Tendências organizacionais entre ambulatórios de assistência à aids conforme sua inserção em serviços especializados em DST/Aids ou em ambulatórios gerais.....	138
Quadro XV. Ações programáticas distribuídas de modo polar entre aquelas que centralmente dirigem-se ao resgate da individualidade e aquelas que representam orientações coletivas sobre ação individual	149

LISTA DE ANEXOS

Anexo I. Roteiros de entrevista com os gerentes

Anexo II. Roteiro de observação

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de caráter qualitativo, que avaliou a qualidade da assistência em 27 serviços públicos de atenção à aids no estado de São Paulo. A assistência ambulatorial foi avaliada enquanto uma ação programática integrada às propostas ético normativas do Programa Nacional de DST/Aids, utilizando-se o conceito de organização tecnológica do trabalho tanto para a montagem dos instrumentos de avaliação, como categoria de análise. Os parâmetros programáticos utilizados foram: clareza na priorização, especificidade na apreensão e manipulação dos objetos, acoplamento amarrado de atividades, acessibilidade do alvo, foco de julgamento e avaliação e compreensão e adesão dos agentes às proposições éticas do Programa. O material empírico foi colhido através de entrevistas com os gerentes e observação do trabalho. A partir desse material, foram definidos como indicadores programáticos da assistência ambulatorial: o fluxo articulado e diversificado de alternativas assistenciais, o acolhimento dos pacientes novos, a atenção integral às gestantes, a abordagem da sexualidade, da concepção e da adesão ao tratamento, o encaminhamento dos “pacientes difíceis”, as abordagens psico-sociais e os mecanismos de integração da equipe. Os resultados indicaram que a organização tecnológica da assistência na média dos serviços conforma um modelo tecnológico de transição entre a assistência médica ambulatorial “tradicional”, tendo como eixo o trabalho médico especializado, e um modelo de atenção integral, centrado no trabalho multiprofissional e orientado pelo plano ético normativo do programa. A composição dos indicadores pode delimitar 3 grupos de qualidade, tecnologicamente distintos, tendo no grupo de melhor qualidade os serviços que têm conseguido avançar na radicalização de suas propostas assistenciais na direção dos compromissos éticos de promoção e emancipação dos sujeitos. Os resultados desta pesquisa estão sendo utilizados para validação de uma avaliação de qualidade dos ambulatórios públicos de assistência à aids em todo o Brasil.

SUMMARY

Twenty-seven AIDS outpatient services from São Paulo State public health system, Brazil had their quality of care evaluated. Interviews with the managers and work observation were applied in all services. The approach was focused on the integration of the process of care through the following evaluation parameters: prioritization of relevant work targets; use of different and specific technical approaches; evaluation activities; health team integration, and communication between professionals and patients. The analysis was carried out through the following empirical indicators: routine for the patients who missed appointments and/or interrupted the treatment, are pregnant or drug users and who had their first contact with the service, routine discussing sexuality, conception, and adherence; regular use of psychological and social approaches; regular mechanisms of integration among different professionals, e.g. meetings, case discussions and training; initiatives in enhancing dialogue with patients, e.g. discussion groups and with the community, e.g. ombudsman and cooperation with NGO; skills coping with non predictable situations, e.g. patients who frequently miss appointments or refuse the treatment or asked for other kinds of appointment routines; manager leadership in dealing with technical and ethical issues on team interaction. With the analysis of this indicator network it was possible to classify the 27 services in 3 levels of quality. These results are being used to establish criteria for the quality of care evaluation, which is being carried out on a national scale in the AIDS Brazilian Program.

1. APRESENTAÇÃO

Este estudo realiza uma avaliação qualitativa de serviços públicos ambulatoriais que desenvolvem uma atenção de tipo programático. Investiga as potencialidades de uma proposta de avaliação centrada na caracterização da organização tecnológica do trabalho de assistência à saúde. A partir deste enfoque, procura contribuir com o desenvolvimento de práticas avaliativas que consolidem um sistema público comprometido com políticas sociais de promoção da cidadania e da não exclusão, explorando alternativas que possam argüir ética, técnica e politicamente as práticas públicas de saúde.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência ambulatorial em 27 unidades públicas de assistência à Aids no Estado de São Paulo. É parte de uma linha de pesquisa desenvolvida no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP que vem sendo conduzida pela equipe “QualiAids”, sediada institucionalmente nesse Departamento, e representa uma fase da avaliação de qualidade da assistência ambulatorial prestada no Brasil às pessoas que vivem com HIV/aids.

O desenvolvimento do trabalho se deu no período compreendido entre 1998 e 2001 a partir de sua interseção com três projetos mais amplos de investigação articulados entre si por uma mesma base teórico metodológica. O primeiro, desenvolvido entre 1998 e 1999, “Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo”¹, foi complementado por um segundo projeto², entre 2000 e 2001, que retomava a análise do mesmo conjunto de serviços do projeto anterior. O último desses projetos, é vinculado ao Ministério da Saúde³, e tem como

¹ Pesquisa realizada em parceria com o Programa Estadual de DST/Aids do Estado de São Paulo, com apoio da Coordenação Nacional e de Programas Municipais de DST/Aids. Relatório completo da pesquisa in: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS, *Aderência ao tratamento por anti-retrovirais* Série Avaliação 1, pesquisadora principal Maria Ines Battistella Nemes, Brasília, 2000.

² Projeto “Avaliação da adesão ao tratamento por anti-retrovirais (ARV) em pessoas vivendo com aids, usuárias de ambulatórios do sistema público de assistência à aids no Estado de São Paulo – complementação de análise”, financiado pela FAPESP, pesquisador responsável Profa. Dra. Maria Ines Battistella Nemes.

³ Projeto: “Avaliação da qualidade da assistência ambulatorial e da adesão ao tratamento

um dos objetivos principais avaliar a qualidade da assistência ambulatorial dos serviços brasileiros de atenção à Aids, e utilizou como pré teste o estudo das 27 unidades de São Paulo.

Da interseção entre estes vários projetos tomamos para análise o padrão tecnológico da assistência ambulatorial e a avaliação da qualidade da assistência em serviços públicos do Estado de São Paulo.

O interesse em desenvolver uma avaliação da qualidade da assistência ambulatorial à aids se deu a partir do estudo sobre adesão ao uso de anti-retrovirais (ARV) realizado entre 1998 e 1999 nas 27 unidades ambulatoriais que estão sendo aqui avaliadas. Este estudo apontou que a qualidade do serviço pode estar mais fortemente relacionada à adesão ao tratamento do que às características dos usuários ou do próprio tratamento (NEMES et al., 2000), despertando o interesse em se realizar uma nova avaliação que tomasse como foco central a própria qualidade.

A assistência é um importante componente tecnológico do Programa de DST/aids e nossa assunção é que a qualidade da assistência ambulatorial é um dos principais determinantes dos resultados e dos impactos esperados das ações dirigidas à população portadora de HIV/aids (NEMES, 2000).

Este estudo pode ser sinteticamente apresentado como uma pesquisa avaliativa que toma o processo de trabalho em saúde como categoria central para análise da qualidade da assistência em serviços ambulatoriais.

O Programa brasileiro de DST e Aids, em função de diferentes fatores políticos e conjunturais envolvidos no enfrentamento da epidemia, tem se destacado entre os Programas públicos de saúde e oferece condições favoráveis ao desenvolvimento e incorporação de processos avaliativos. Este Programa alcançou repercussão internacional, diferenciando-se dos programas realizados em outros países periféricos, por suas conquistas na atenção aos que vivem com HIV/aids alcançadas a partir de uma política de garantia de acesso universal e gratuito à assistência e a toda medicação

anti-retroviral em usuários dos serviços públicos de atenção à Aids no Brasil”, financiado pela Coordenação Nacional de DST e Aids, pesquisador responsável Profa. Dra. Maria Ines Battistella Nemes.

específica para o controle da doença. Esta opção, construída a partir de embates políticos tanto no cenário nacional como no internacional, tem se mostrado efetiva em relação ao aumento da sobrevivência e à redução do número de infecções oportunistas, melhorando a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids. Além disso, tem demonstrado viabilidade econômica, apesar dos elevados custos de sua manutenção, pela economia que representa em relação aos gastos diretos com a assistência, com despesas hospitalares e internações recorrentes, e em relação à diminuição do custo social da epidemia (BRASIL, M.S, 2000d).

Vale destacar ainda que o Programa brasileiro de DST e Aids tem apoiado nos últimos anos a realização de múltiplas avaliações, com diferentes focos e metodologias, com o intuito de estimular o desenvolvimento de uma “cultura avaliativa” e o contínuo aprimoramento de suas ações.

A notoriedade do Programa, os indicadores conhecidos de seus acertos e sua disposição em desenvolver processos avaliativos configuraram as condições político institucionais necessárias ao desenvolvimento de uma pesquisa avaliativa que se propõe a analisar as práticas desenvolvidas pelo Programa no cotidiano dos serviços.

A disposição dos serviços participantes em integrar-se a um processo de avaliação exigiu, dos gestores e agentes mais imediatamente responsáveis pela assistência, extremo profissionalismo e compromisso com a necessidade de um contínuo aperfeiçoamento ético, técnico e político de suas práticas. Mais do que isso, num quadro de carências múltiplas vivenciado pela população e de políticas sociais instáveis e permanentemente sujeitas a revisões, exigiu coragem e determinação em promover mudanças, uma vez que permitiram a exposição de alguns dos conflitos e contradições presentes no dia a dia dos serviços, mesmo num Programa reconhecido por suas qualidades.

O reconhecimento das conquistas já alcançadas pelo Programa de DST e Aids, e o contexto político em que elas têm se dado, exigem extremo rigor e seriedade dos que se propõem a analisar cientificamente as práticas.

desenvolvidas no cotidiano dos serviços. Enfrenta-se o desafio, sempre presente em se tratando de estudos sobre práticas sociais, de não realizar uma análise ideológica “a favor” ou “contra” o objeto proposto para análise. A única “proteção” possível em relação a esse risco é o rigor na aplicação da metodologia e do quadro teórico utilizados como referência, procurando-se otimizar suas potencialidades enquanto instrumentos de leitura da realidade e explicitando os valores que guiam suas escolhas e julgamentos.

Uma das finalidades do projeto QualiAids de avaliação da qualidade é a de instrumentar o Programa Brasileiro de DST e Aids a implementar iniciativas amplas de qualidade, tais como, sistemas de acreditação e monitoramento. Nesta direção, a avaliação qualitativa ora proposta quer contribuir para a montagem e aprimoramento de sistemas de avaliação e assim, para a melhoria da qualidade e da contínua renovação ética e política das práticas realizadas.

Este trabalho utilizou parte dos instrumentos e do material empírico produzido nos projetos mais amplos de pesquisa citados. Por isto, estabelecer uma separação precisa entre o projeto acadêmico, de autoria e responsabilidade individual, e o conjunto do trabalho realizado pela equipe de pesquisa foi algumas vezes difícil, especialmente no que diz respeito à concepção e elaboração das estratégias metodológicas e dos instrumentos utilizados⁴. Vale frisar que este vínculo tanto proporcionou amparo financeiro ao processo de investigação, quanto maior riqueza em sua construção, possibilitando uma troca extremamente produtiva entre as experiências de todos os participantes.

⁴ Ainda que o texto apresentado a seguir seja de inteira responsabilidade dessa autora, a construção dos instrumentos utilizados e das estratégias metodológicas deve ser também creditada à equipe QualiAids, principalmente à Regina Melchior, Cáritas Relva Basso, Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves, Angela Aparecida Donini, Mary Franklyn Gonçalves, e Angela Aparecida Capozzolo, esta última integrante da equipe no período 1998-99, e, particularmente, à coordenadora Maria Ines Battistella Nemes.

2.OBJETIVOS

2.1 Avaliar a qualidade da assistência, segundo a organização tecnológica do trabalho, em 27 ambulatorios públicos dirigidos a pessoas que vivem com HIV/aids no estado de São Paulo.

2.2 Contribuir para a criação e validação de instrumentos qualitativos de avaliação e monitoramento da qualidade da assistência à aids no Brasil.

3. QUADRO TEÓRICO

3.1 Avaliação da Qualidade de Programas de Saúde

Na Saúde Coletiva brasileira, a avaliação de programas foi inicialmente abordada no interior do campo do planejamento e gestão, desenvolvendo, apenas nos últimos 15 anos, uma produção mais propriamente direcionada à avaliação como campo específico de práticas e conhecimentos. Entretanto, apesar da crescente assunção da avaliação em saúde que pode ser observada tanto na produção científica brasileira como na fala dos gestores e formuladores de políticas, podemos considerar que sua importância e consolidação como campo específico é ainda incipiente (NOVAES, 1999; NEMES, 2001).

A relativa morosidade no desenvolvimento e implementação de práticas de avaliação no setor público de saúde no Brasil contrasta com a tradição dessa área em países como Canadá e Estados Unidos, onde a produção de pesquisas e intervenções vem se dando desde os anos 50. Esta “defasagem” brasileira guarda correspondência histórica com as características predominantes na dinâmica política e institucional de nossas organizações, com o grau de importância e abrangência concretamente assumido pelos programas sociais do Estado, assim como, com a capacidade de questionamento organizado do conjunto dos setores sociais envolvidos. No entanto, à semelhança do que se deu nos países com maior desenvolvimento econômico e social, a expansão dos serviços de saúde, a crescente complexidade tecnológica e os elevados custos desse processo, ao lado da pressão social por políticas públicas mais efetivas e abrangentes, têm se desdobrado num maior desenvolvimento de avaliações de programas sociais, tanto sob a forma de práticas gerenciais como a partir de pesquisas avaliativas.

A “pesquisa avaliativa” tem sido assim denominada como forma de diferenciar este tipo de avaliação da chamada “avaliação administrativa”, de caráter mais imediatamente gerencial. A avaliação administrativa dedica-se a avaliar os diferentes componentes de um programa (recursos, serviços e

efeitos), em geral aglutinados em torno da avaliação da estrutura, do processo e dos resultados, tomando como referência critérios preestabelecidos para cada uma dessas dimensões. Já a pesquisa avaliativa envolve não apenas os aspectos citados, mas, procura avançar em termos explicativos, em geral, centrando-se na inter-relação dos componentes do programa (problemas, objetivos, recursos, serviços e efeitos), e desenvolvendo, para isso, diferentes modelos de abordagem (CHAMPAGNE, CONTANDRIOPOULOS, PINEAULT, 1986).

O termo “pesquisa avaliativa” passa a ser adotado a partir das avaliações de programas de planejamento familiar e desenvolvimento comunitário, realizados pelos EUA no período do pós-guerra. Em sua emergência, referia-se ao uso de métodos de pesquisa social aplicados à avaliação. Surge, portanto, desde esse período, e se mantém atual até os dias de hoje, o debate americano sobre as melhores alternativas metodológicas, se quantitativas ou qualitativas, desenvolvido no interior da produção e das correntes de pensamento presentes entre os “avaliadores de programas”, profissionalizados e representados por associações como a *The American Evaluation Association* (AEA).

Desde então, foi desenvolvida, particularmente nos Estados Unidos,⁵ uma grande diversidade de metodologias e enfoques de avaliação, polarizada por cientistas sociais que se valiam basicamente de aportes teórico- metodológicos positivistas, conforme a forte representação desse referencial na tradição das ciências sociais americanas. De acordo com esta orientação, nas décadas de 50 e 60 se multiplicaram os trabalhos de avaliação, com predomínio de abordagens quantitativas, intensamente calcadas na preocupação com a objetividade científica dos métodos utilizados. Foram publicados, nesse período, vários livros e “manuais” de avaliação, que traziam desenhos experimentais, fórmulas matemáticas e diferentes instrumentos que propunham análises controladas sobre fatores associados ao sucesso ou insucesso do objeto avaliado (LINS, 1997).

⁵ Os Estados Unidos possuem uma forte tradição no campo da avaliação, destacando-se na produção científica nessa área. Por isso, a específica referência a esse país é representativa da abordagem hegemônica nesse campo.

Um “programa de saúde”, no sentido mais genérico, segundo a literatura americana, tem como uma de suas características definidoras o constituir-se por um conjunto de ações planejadas com a finalidade de alcançar determinados objetivos e metas. Mantém também, como característica, uma importante interface com as políticas de Estado, ou, mais recentemente, com as políticas de organizações sociais, cujas ações estão sempre dirigidas a coletivos. Pode-se assim, mesmo no interior dessa referência, definir sinteticamente um programa como um conjunto articulado de atividades voltado para uma “população-alvo”, o que, se não esgota a caracterização de um programa nos termos da Saúde Coletiva brasileira, ao menos, define um mesmo campo para a avaliação.

Mesmo se valendo de uma grande diversidade metodológica — o que ocorre em todo campo da avaliação —, as avaliações de programas orientam suas abordagens por um certo número de teorias da ação social, que direcionam sua atuação, evidenciando suas interfaces com as ciências sociais e políticas (NOVAES, 1999). Esta dimensão é reforçada por diversos autores que destacam, nesse sentido, que a avaliação de programa tem se caracterizado “...*como uma forma peculiar de inquérito social, inerentemente político, em que ciência e política passam a ser aspectos da avaliação...*” (RICARDO, 2001, p99).

Hoje, a avaliação de programas de saúde possui um espaço próprio de atuação, tendo incorporado conhecimentos e metodologias que se dirigem à avaliação de diferentes aspectos e etapas do desenvolvimento de programas, não mais restritos à eficiência ou às abordagens quantitativas, tal como o fora originalmente.

Avaliar um programa significa realizar a apreciação valorativa de uma determinada intervenção, trata-se, tal como nas ciências sociais, “...*de uma forma de valoração sistemática que se baseia no emprego de procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo, de maneira justificável. (...) (para tanto) a pesquisa avaliativa não possui métodos e*

técnicas próprias, ela utiliza os mesmos métodos e técnicas da pesquisa social” (AGUILAR & ANDER-EGG, 1994, p23).

Portanto, a pesquisa avaliativa em saúde consiste na utilização do método científico para o julgamento valorativo de uma intervenção sobre uma necessidade socialmente construída. Não existe uma metodologia avaliativa em sentido estrito mas, sim, a utilização de diferentes metodologias desenvolvidas na pesquisa social, para o estudo de objetos sociais complexos, como as ações de saúde.

Nesse sentido, o próprio campo da Saúde está submetido a questões muito semelhantes às do campo das Ciências Sociais, no que concerne à problemática teórica e metodológica. A especificidade da Saúde “... é dada pelas inflexões socioeconômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde. Dentro desse caráter peculiar, está sua abrangência multidisciplinar e estratégica. Isto é, o reconhecimento de que o campo da Saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca, de forma imediata, o problema da intervenção. Nesse sentido, ele requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e, cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente.” (MINAYO, 1994, p.13).

A(s) metodologia(s) utilizada(s) depende(m) do objeto e do tipo de questionamento que se quer fazer à realidade, enfrentando os conflitos colocados pelas diferenças de critérios de verdade e validação polarizados no debate entre abordagens “qualitativas” e “quantitativas”. O reducionismo presente na própria caracterização desses pólos consagra uma dificuldade histórica das teorias em se posicionarem diante da especificidade do social, refletindo uma luta teórica entre o positivismo e as correntes compreensivas, que coloca a qualidade contra a quantidade, mascarando a interdependência e inseparabilidade dessas dimensões na realidade objetiva (MINAYO, 1994).

Um último atributo que merece destaque na caracterização da pesquisa avaliativa é o seu compromisso pragmático, enquanto pesquisa

social que representa a aplicação do método científico com a finalidade de *“...conhecer para melhorar as formas de agir”* (Aguilar, MJ & Ander-Egg, E, 1994). Neste compromisso pragmático reside sua peculiaridade como campo produtor de um conhecimento comprometido com a práxis social, mas, que por esta mesma característica, tende a ser reduzido a uma dimensão instrumental que reifica o pólo técnico e operativo, obscurecendo a discussão teórico-metodológica. Esta tendência *“...(mistifica) a técnica, revestindo-a de uma objetividade que se pretende indiscutível. Desta maneira, é desfocada a vinculação da dimensão técnica com as escolhas teóricas e metodológicas que as embasam e as precedem. É esquecida a máxima epistemológica de que qualquer técnica é uma teoria em ato.”* (DESLANDES, S.F., 1997, p. 104).

Ao adotarmos “a qualidade” como parâmetro avaliativo de um programa de saúde, nos valem de um conceito desenvolvido no interior de uma das mais conhecidas vertentes da avaliação em saúde. Enquanto abordagem conceitual, a qualidade em saúde surge na área clínica e tem, como grande expoente, AVEDIS DONABEDIAN, cujas proposições datam da segunda metade dos anos 60 e ganham maior penetração no campo a partir da década de 80. Este autor é responsável pela difusão da conhecida tríade – estrutura, processo e resultado – que destaca as três principais dimensões que devem ser avaliadas na qualificação de uma ação ou serviço de saúde. Para definir o conceito de qualidade, DONABEDIAN (1990) se baseia na caracterização do que denomina os “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Os estudos e proposições de DONABEDIAN inspiraram toda uma linha avaliativa focada na qualidade das ações realizadas pelo profissional médico, com base em padrões técnico-científicos estabelecidos pela Clínica. Para este autor, *“...o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e (através) da monitorização da qualidade exercer vigilância contínua, de tal*

forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.” (DONABEDIAN, 1978).

Hoje, a avaliação da qualidade em saúde se utiliza também de conceitos originalmente desenvolvidos no setor industrial, relativos à “Gestão da Qualidade Total” (GQT), onde os americanos DEMING e JURAN, ao lado do japonês ISHIKAWA, foram teóricos de destaque. De acordo com este enfoque, ganha importância o desenvolvimento de processos participativos como estratégias para definir as melhores e mais produtivas formas de adesão a normas e padrões de produção “mais adequados” segundo os critérios técnicos disponíveis. O “cliente” é o principal elemento na definição da qualidade, dentro de uma perspectiva de produção e consumo do setor privado (NOGUEIRA, 1994; NOVAES, 1999).

Coerente com a diversidade metodológica reconhecida para a pesquisa de avaliações de programas, o conceito de qualidade com que vamos trabalhar não estará centrado na qualidade técnica do cuidado, tampouco na avaliação feita segundo a apreciação da clientela.

Quanto à “participação” dos usuários, pode-se dizer que está “presente” de modo “indireto” neste trabalho. Ainda que os usuários representem os sujeitos para os quais se dirigem as práticas postas em avaliação, sua “presença”, nesta investigação, estará “representada” pela valoração positiva atribuída ao desenvolvimento de relações dialógicas entre serviços e usuários. Tais relações podem ser reconhecidas em cada serviço, por exemplo: por intermédio da legitimidade auferida às necessidades e desejos expressos pelos usuários, ou pela problematização dessas necessidades pelos agentes; numa decisão partilhada quanto às condutas e intervenções, ou mesmo, por meio da identificação de mecanismos que viabilizem estas formas de interlocução. Em outras palavras, embora não se tome como objeto a fala dos usuários, nem se trate de uma pesquisa participante, a definição de atributos de qualidade estará vinculada a presença de compromissos com os usuários, dentro do projeto programático de oferta de cuidados numa perspectiva médico-sanitária.

As avaliações de programa podem incidir em qualquer um dos pontos do processo: desde a elaboração do plano e definição das estratégias de intervenção, passando pela proposição das técnicas, até os resultados ou impactos obtidos (CHAMPAGNE, CONTANDRIOPOULOS, PINEAULT, 1986). Será a finalidade do processo avaliativo que determinará a maior adequação de se tomar um dos pólos como foco principal da avaliação (NEMES, 2001).

A escolha do foco da avaliação será evidentemente mais adequada quanto mais atender à especificidade do programa. Programas de implantação bem estabelecida, com poucos e muito bem definidos objetivos, e cujo cumprimento de finalidades pode ser tomado por efeitos bastante específicos, podem ter sua avaliação apenas centrada em resultados ou impactos (NEMES, 2000).

A maioria dos programas de saúde, porém, é complexa, envolve diferentes serviços, espera resultados múltiplos e, muitas vezes, resultados pouco específicos. Isso ocorre, sobretudo, nos programas mais novos, dedicados a questões emergentes, como é caso dos Programas de HIV/Aids, nos quais os objetivos tendem a ser ambiciosos e genéricos, e, ainda que algumas de suas tecnologias sejam bem definidas, sua implantação e poder de intervenção e impacto são extremamente vinculados a variáveis de processo e de contexto (NEMES, 2000).

Pode-se reconhecer, sinteticamente, no Programa Nacional de DST e Aids, três grandes componentes: promoção, proteção e prevenção; assistência; e desenvolvimento institucional e gestão do programa (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Nesta pesquisa, privilegiamos como foco a avaliação da qualidade da assistência, mediante o estudo do processo de assistência ambulatorial a portadores de HIV/aids. Para tal finalidade, utilizamos um específico recorte metodológico que propõe uma abordagem centrada na organização do processo de trabalho, definindo qualidades a partir de características desse processo.

3.2 A qualidade da organização do trabalho - uma abordagem avaliativa

A intervenção posta como foco de avaliação – a assistência ambulatorial será avaliada enquanto uma ação programática⁶ que integra um conjunto de intervenções do Programa de DST e Aids, e que, nesse sentido, é orientada pelos mesmos pressupostos éticos e normativos definidos para o conjunto das ações desse Programa.

Como vimos, avaliar ações em saúde significa ajuizar acerca de uma determinada forma de intervenção desenvolvida sobre uma realidade social. As ações de assistência à saúde têm fundamentos alicerçados em saberes científicos, traduzidos em normas técnicas para a realização de ações que, uma vez operadas nos serviços por agentes capacitados, constituem-se em *tecnologias*, segundo as quais se organizam *processos de trabalho* (MENDES-GONÇALVES, 1994).

A organização tecnológica das ações do Programa de Aids pode ser caracterizada, em uma primeira aproximação, como uma *prática programática*, isto é, uma proposição de arranjo tecnológico fundada em um projeto que define produtos do trabalho mediante um plano de prioridades, normas e padrões que deverão se concretizar em encontros assistenciais serviço-usuário. Encontros esses que obedecem a uma organização que prevê, no interior da assistência, a integração de intervenções baseadas em apreensões individuais dos objetos de trabalho com aquelas fundadas em apreensões coletivas desse objeto (NEMES, 1996). Nessa articulação de práticas e saberes, a assistência médica tem se destacado como um forte e poderoso instrumento de controle da doença, com impacto individual e coletivo sobre a população infectada. Ainda assim, a abordagem médica representa apenas um dos instrumentos de intervenção utilizados pelo Programa, mesmo quando consideramos apenas a assistência ambulatorial.

⁶ O conceito de ação programática em saúde foi cunhado em 1989 por Mendes-Gonçalves, Schraiber & Nemes no artigo *Seis teses sobre ação programática em saúde*. A coletânea onde o artigo foi publicado (SCHRAIBER, 1993b) foi a primeira produção de alcance nacional do grupo do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, que se tornou uma linha articulada de pesquisa e proposição assistencial sobre modelos tecnológicos em saúde.

O reconhecimento da insuficiência do monopólio médico, como único portador de ações capazes de dar conta da complexidade da doença, fica demonstrado pelo uso sistemático de estudos epidemiológicos para acompanhamento das tendências da epidemia com impacto na redefinição das prioridades e das ações assistenciais, conformando uma articulação de saberes e práticas com objetos construídos no individual e no coletivo, característico das “ações programáticas” (MENDES-GONÇALVES, SCHRAIBER & NEMES, 1993). Haja vista a importância técnico-política assumida pelas ações dirigidas ao controle da transmissão materno-infantil, ou ao maior destaque que vem sendo dado à interiorização das ações, ambos resultantes do perfil de progressão epidemiológica assumido pela epidemia.

A assistência ambulatorial será avaliada segundo as qualidades que apresenta enquanto trabalho, ou seja, enquanto prática articulada a um determinado contexto histórico e social e que atua sobre a realidade com a intenção de transformá-la. O conceito referencial para análise dos processos de trabalho será o de “*organização tecnológica do trabalho*”, conforme cunhado por MENDES-GONÇALVES (1994) e desenvolvido por linhas de investigação que dialogam com a teoria marxista do trabalho.⁷

Ao tomarmos a prática assistencial como objeto de análise, privilegiamos o plano tecnológico da ação programática avaliada, ou seja, aquele que resulta da passagem dos compromissos éticos e políticos, estabelecidos no plano discursivo, para proposições concretas de intervenção. Numa última aproximação, ao examinarmos as práticas desenvolvidas nos serviços, estaremos avaliando a forma de execução das tecnologias propostas. Concebemos, assim, três dimensões simultâneas a nosso objeto: ética e política, presente no conteúdo discursivo e na prática política do Programa; tecnológica, presente nas intervenções e estratégias

⁷As originais análises de DONNNAGELO (1975) e MENDES-GONÇALVES (1979,1992,1994) sobre o trabalho em saúde desdobraram-se em diferentes abordagens, influenciando toda a produção da Saúde Coletiva brasileira sobre o tema. São particularmente representativas da linha de pesquisa original, duas coletâneas: SCHRAIBER (1993b) e SCHRAIBER, NEMES & MENDES-GONÇALVES (1996), por representarem as produções coletivas mais acabadas da linha.

propostas para os serviços; e prático-operativa, presente nas ações efetivadas pelos serviços.

O plano propositivo do trabalho é um *plano ético-normativo*. Nele ocorrem sucessivas medições entre as prioridades eleitas (a finalidade do trabalho), as normas gerais de funcionamento (o recorte do objeto de trabalho) e o estabelecimento de padrões de operação e julgamento do trabalho (os instrumentos de trabalho). *“Na operação concreta do trabalho, que chamaremos de **plano técnico**, todos esses momentos são simultâneos, ocorrendo necessariamente uma reconstrução totalizadora daqueles níveis. A escolha, o recorte do objeto e os padrões de operação estão consubstanciados na ação do trabalho. Seu agente está, nesse sentido, sempre implicado, de forma consciente ou não, com esses níveis”* (NEMES, 1996). Avaliar a organização operada no trabalho significará, aqui, analisar a rede de reconstruções que as prioridades, normas e padrões do plano ético-normativo sofrem no plano técnico.

Esta é a base do quadro que guiou teoricamente esta avaliação, adaptado do quadro avaliativo construído nos estudos de NEMES para o trabalho em serviços assistenciais à saúde organizados segundo um esquema operatório de trabalho programático (NEMES, 1989, 1991, 1996; SALA, NEMES & COHEN, 1995).

Utilizando o conceito de organização tecnológica do trabalho, NEMES propôs um quadro referencial para avaliação de práticas assistenciais como ações programáticas *“... baseado em uma explicação teórica acerca da relação entre a avaliação e o trabalho: a coerência tecnológica da avaliação com o trabalho. Para aplicar esta explicação ao trabalho programático, desenvolve um conceito analítico a respeito do processo de trabalho na prática programática: a necessidade de articulação entre os movimentos de estabelecimento das prioridades para o trabalho, das normatizações das ações e das padronizações das práticas dos agentes.”* (NEMES, 1996).

Desenvolveu o conceito mediante a caracterização de três eixos entendidos como momentos analíticos do trabalho programático:

propostas para os serviços; e prático-operativa, presente nas ações efetivadas pelos serviços.

O plano propositivo do trabalho é um *plano ético-normativo*. Nele ocorrem sucessivas medições entre as prioridades eleitas (a finalidade do trabalho), as normas gerais de funcionamento (o recorte do objeto de trabalho) e o estabelecimento de padrões de operação e julgamento do trabalho (os instrumentos de trabalho). *“Na operação concreta do trabalho, que chamaremos de **plano técnico**, todos esses momentos são simultâneos, ocorrendo necessariamente uma reconstrução totalizadora daqueles níveis. A escolha, o recorte do objeto e os padrões de operação estão consubstanciados na ação do trabalho. Seu agente está, nesse sentido, sempre implicado, de forma consciente ou não, com esses níveis”* (NEMES, 1996). Avaliar a organização operada no trabalho significará, aqui, analisar a rede de reconstruções que as prioridades, normas e padrões do plano ético-normativo sofrem no plano técnico.

Esta é a base do quadro que guiou teoricamente esta avaliação, adaptado do quadro avaliativo construído nos estudos de NEMES para o trabalho em serviços assistenciais à saúde organizados segundo um esquema operatório de trabalho programático (NEMES, 1989, 1991, 1996; SALA, NEMES & COHEN, 1995).

Utilizando o conceito de organização tecnológica do trabalho, NEMES propôs um quadro referencial para avaliação de práticas assistenciais como ações programáticas *“... baseado em uma explicação teórica acerca da relação entre a avaliação e o trabalho: a coerência tecnológica da avaliação com o trabalho. Para aplicar esta explicação ao trabalho programático, desenvolve um conceito analítico a respeito do processo de trabalho na prática programática: a necessidade de articulação entre os movimentos de estabelecimento das prioridades para o trabalho, das normatizações das ações e das padronizações das práticas dos agentes.”* (NEMES, 1996).

Desenvolveu o conceito mediante a caracterização de três eixos entendidos como momentos 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” (NEMES, 1996).

A dinâmica do trabalho implica uma totalização, “pondo à prova” – reconstruindo, portanto, aquelas mediações. Assim, quanto mais evidenciável e mais dinâmica for essa totalização, tanto melhor a coerência da operação do trabalho com os valores implicados no plano ético-normativo. Em outros termos: o plano de totalização operada no trabalho, entre a priorização, a normatização e a padronização, é melhor quanto mais claramente evidencia a finalidade do trabalho a ponto de permitir que o plano técnico possa refletir e simultaneamente argüir e reconstruir o plano ético-normativo⁸ (NEMES, 1996). Afirma, assim, que o trabalho é tanto melhor

⁸ Trataremos desta questão adiante, mas, advertimos, desde já, que este tipo de abordagem avaliativa implica abstrair, *até certo ponto*, algumas ordens de constrangimentos concretos ao estabelecimento de tecnologias no interior dos serviços, como condições muito insuficientes de organização institucional e de aporte de recursos.

quanto mais evidenciável e dinâmica for a articulação entre os eixos da priorização, normatização e padronização.⁹

Com base neste conceito, desenvolvido por intermédio de um estudo de caso, NEMES (1996) propõe, como conclusão, um quadro de categorias referenciais para avaliação da articulação do trabalho assistencial em práticas programáticas de assistência ambulatorial:

- **clareza na priorização:** capacidade do trabalho de operacionalizar, em objetos para o trabalho, as finalidades eleitas no plano discursivo do programa, ou seja, eleger adequadamente os alvos – indivíduos e grupos - das ações;
- **acessibilidade dos alvos:** capacidade do trabalho de operacionalizar um conjunto de instrumentos coerentes com os objetos do trabalho, ou seja, organizar conjuntos tecnológicos que acessem adequadamente os alvos;
- **especificidade na apreensão e manipulação dos objetos:** capacidade dos instrumentos de trabalho de operarem específicas normatividades, ou seja, operarem mediante saberes coerentes com as características específicas e a diversidade dos alvos;
- **acoplamento amarrado de atividades:** capacidade de articular de modo coerente e sinérgico os diferentes instrumentos de trabalho, ou seja, operar articuladamente as diversas abordagens dos alvos do trabalho;
- **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 agir profissional homogêneas e coerentes entre os vários agentes;
- **compreensão, aceitação e adesão dos agentes:** capacidade dos agentes de operarem as normas éticas e técnicas do trabalho como

⁹ “... um certo nível de articulação entre os eixos deve ocorrer em qualquer organização (para que o trabalho se realize) (...) Quando, porém, nos aproximamos de organizações concretas, vemos que esses perfis de articulações são inteiramente reconstruídos e recriados. No caso mais extremo (mas, muito freqüente), a relação entre os eixos é, na verdade, uma relação de desarticulação (...) um descolamento importante entre o que se admite como prioritário, o que se elege na hierarquização entre instrumentos e agentes, e os padrões principais sob os quais se opera e se julga o trabalho. (...)” (NEMES, 1996).

reguladoras da autonomia técnica na ação profissional concreta, ou seja, utilizar os princípios éticos e técnicos implicados, nas normas, como orientadores da ação diante das incertezas éticas e técnicas que a relação assistencial com cada indivíduo ou grupo provoca;¹⁰

- **efetividade comunicacional dos encontros assistenciais:** capacidade dos diversos tipos de encontro assistencial de dialogarem com cada um dos indivíduos ou grupos alvos das ações, ou seja, tomarem a normatividade dos indivíduos e grupos como orientadora da ação técnica.¹¹

Estas categorias buscam dirigir a abordagem avaliativa sobre os momentos analíticos do trabalho progressivamente mais próximos do momento prático do encontro assistencial agente-usuário. Assim, a priorização refere-se às “grandes definições” do processo de trabalho: os objetos individuais, como, por exemplo, os clínicos ou os psicológicos, e os coletivos, como, por exemplo, o controle da transmissão de doenças ou a educação em saúde.

A *acessibilidade* 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

¹⁰ A categoria não alude apenas ao caráter de incerteza próprio do processo de trabalho médico em particular - e de outros profissionais em menor grau. Alude, também, à sobredeterminação da incerteza profissional pelos dilemas provocados pelo encontro concreto de questões morais que transcendem as normas éticas gerais.

¹¹ Como categoria avaliativa, a efetividade comunicacional foi proposta por SALA, NEMES e COHEN ainda em 1996. Citando os estudos teóricos desenvolvidos por AYRES (1994) colocam: “... a principal motivação (para a proposição da categoria) tem sido a crítica à definição estritamente instrumental na apreensão dos objetos de trabalho e o movimento de dessubjetivação decorrente (...) (a categoria) procura avaliar a “abertura” do trabalho para a incorporação de valores dos sujeitos presentes, ou, a “elucidação da fecundidade dos meios de trabalho para promover verdadeira e legítima intersubjetividade entre usuários e serviço”. Colocam, ainda, que a categoria busca apreender valores também presentes nas finalidades do trabalho programático, tais como: a autonomia, o prazer, a solidariedade (também permeiam as finalidades do trabalho (SALA, NEMES & COHEN, 1996). Em um projeto de pesquisa posterior, “Abordagem sintética para avaliação de programas de atenção primária à hipertensão arterial”, NEMES propôs como parâmetros para avaliar a efetividade comunicacional entre os usuários do programa: compreensão do problema de saúde; autonomia na utilização das orientações e terapêuticas; domínio da comunicação com o serviço e satisfação com o uso do serviço (NEMES, 1999).

desde a captação e recepção de usuários ao “final” da assistência como, por exemplo, a dispensação de medicamentos.

A *especificidade* diz respeito ao saberes que operarão o trabalho por meio dos instrumentos eleitos pelos agentes. Refere-se à diversidade de atividades profissionais, como, por exemplo, abordagens clínicas e psicológicas do mesmo objeto e a realização de atividades próprias do programa. O *acoplamento* refere-se à operação simultânea destes vários instrumentos.

O *padrão de julgamento* diz respeito ao plano do agir, do dever, de cada profissional, enquanto o *entendimento e aceitação* dos agentes diz respeito ao exercício profissional concreto e autônomo de cada um. O momento “final” é o momento da comunicação, do encontro com o usuário.

Coerentemente com a apreensão teórica original que entende o trabalho como totalizador, cada uma das categorias pode ser apreendida em qualquer um dos momentos de operação do trabalho, apesar de focadas em momentos analiticamente diversos. Assim, se o pólo clareza na priorização pode ser apreendido nas características de uma consulta médica, o outro pólo, a efetividade comunicacional, pode também ser apreendido na arquitetura do trabalho.

Avaliar a articulação da organização tecnológica operada no programa significa, assim, que se deve caracterizar, em primeiro lugar, suas bases ético-normativas, e, em um segundo momento, reconhecer seu perfil técnico-assistencial. Só assim será possível traduzir a apreensão conceitual acima em uma metodologia adequada.

Atualmente, existe um maior consenso em relação à adequação das metodologias de avaliação: depende muito mais das especificidades do programa e do foco eleito para a avaliação do que das características técnicas próprias de cada método (NEMES, 2001). Muitos avaliadores defendem as vantagens de uma avaliação orientada por um modelo teórico (*theory-driven evaluation*) que explicita como o programa se propõe a funcionar, ou seja, como e porque atua em determinados grupos populacionais (HARTZ, 1999).

O *approach* defendido por CHEN e ROSSI (1987), denominado *theory-driven evaluation*, sistematiza tendência que vem sendo crescentemente aceita no campo da avaliação de programas. Estes autores afirmam que as avaliações fortemente guiadas por métodos e regras (*method-driven evaluations*) impermeáveis às peculiaridades do programa podem acabar por desprezar características específicas e seus valores associados, que alteram as potencialidades explicativas e propositivas das avaliações. “*The “program theory” is a “specification of what must be done to achieve the desired goals, what other important impacts may also be anticipated, and how these goals and impacts would be generated”* (CHEN, 1990, p. 43).

Neste trabalho, adota-se esta perspectiva como parâmetro geral para a definição da abordagem avaliativa, ou seja, o de basear-se nos valores do programa que se quer avaliar. Isto implica apreender estes valores, “retraduzindo-os” em indicadores e padrões deajuizamento. Caracterizemos, então, a assistência ambulatorial à Aids nas unidades sob avaliação, ou conheçamos a “teoria do programa”.

4. A ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL NO PROGRAMA DE DST/AIDS

Analizamos, a seguir, as características centrais do Programa de DST/aids com base em sua emergência no Estado de São Paulo, examinando, especialmente, o sentido tecnológico que a assistência ambulatorial assume enquanto um componente do Programa.

As questões que serão abordadas não dizem respeito apenas ao Programa Estadual de São Paulo, mas, serão circunscritas, sempre que possível, ao desenvolvimento histórico deste particular Programa, uma vez que as unidades estudadas são tecnicamente a ele vinculadas.

As atividades de assistência aos doentes de aids estiveram presentes desde as primeiras respostas do Estado à epidemia. Mas, estaríamos autorizados a dizer que essas atividades se desenvolveram e se mantêm hoje como intervenções de caráter programático? Quais seriam suas especificidades em relação à assistência médica presente em programas dirigidos a outras doenças infecciosas, como tuberculose ou hanseníase? Ou ainda, como se diferenciam em relação à assistência desenvolvida em ambulatórios de especialidades de tipo “não-programático?”

As respostas a essas questões são importantes para que possamos orientar nosso olhar sobre os serviços que serão avaliados. Para respondê-las, vamos proceder inicialmente a uma caracterização geral do programa, procurando reconhecer as características específicas que assume em sua trajetória, com especial atenção para aquelas que tenham repercussão no desenho tecnológico da assistência. Em seguida, abordaremos mais diretamente a própria assistência ambulatorial, suas características tecnológicas gerais e os obstáculos que podemos antever para sua plena operação nos serviços.

4.1 Características de destaque na construção histórica do Programa Brasileiro de DST/Aids

O Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo foi criado em 1983, sendo o primeiro programa brasileiro a abordar a epidemia de aids como um problema de saúde cuja importância sanitária e social exigia uma intervenção do Estado. Na qualidade de um programa pioneiro, que de certa forma conseguiu se antecipar ao "boom" da epidemia, logo se tornou uma referência técnica e organizacional, contribuindo para a montagem de programas em outros estados, assim como, influenciando o desenvolvimento do Programa Nacional de combate à Aids. Valendo-se da experiência paulista "foram estabelecidos e construídos os referenciais éticos, políticos e legais que viriam a influir na determinação das políticas públicas de Aids em todo o país" (TEIXEIRA, 1997, p 43).

Vejamos, então, como se deu o processo de emergência do atual Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo.

As ações públicas voltadas para o controle da Aids no estado de São Paulo tiveram início em 1983, como resposta política à demanda de um grupo de militantes do movimento gay que, com o apoio de alguns profissionais já sensibilizados, cobrou das autoridades de saúde uma atitude diante do aparecimento dos primeiros casos de aids na cidade de São Paulo (TEIXEIRA, 1997; Guerra, 1993).

Como resultado de encontros entre técnicos da Secretaria de Estado da Saúde (SES) com o grupo que reivindicava uma atitude ativa do Estado, foi elaborado um conjunto de diretrizes de intervenção que, após aprovação quase imediata pelos canais competentes, desdobraram-se nas seguintes medidas (GUERRA, 1993; TEIXEIRA, 1997):

- ✓ Estabelecimento de uma coordenação das atividades de diagnóstico, controle, orientação e tratamento dos casos (na Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde);
- ✓ Inclusão da síndrome de imunodeficiência adquirida ("SIDA") no elenco das doenças de notificação obrigatória no Estado;

- ✓ Definição dos serviços hospitalares que seriam responsáveis pelo atendimento dos casos;
- ✓ Previsão de treinamento de pessoal para a execução das atividades;
- ✓ Elaboração e encaminhamento de um informe técnico, dirigido aos profissionais e serviços de saúde¹²;
- ✓ Prestação de esclarecimento à população em geral, por meio da distribuição de boletim informativo, pelos serviços de saúde, com o objetivo de atingir os grupos considerados de maior risco e contar com a participação dessa comunidade;
- ✓ Criação do “Disque Aids”, serviço de atendimento telefônico para esclarecimento da população.

Em setembro de 1983, o diretor da DHDS, designado como responsável pela implantação dessas atividades, convocou a imprensa para apresentar esse conjunto de medidas (GUERRA, 1993). Tinha início o novo Programa.

Todos esses acontecimentos se deram em tempo recorde. Entre a primeira reunião do grupo demandante com o Secretário de Saúde e a organização e encaminhamento de medidas de intervenção, decorreu aproximadamente quatro meses, um prazo muito curto para a instituição de uma política que não vinha sendo planejada, ou melhor, cuja necessidade não havia sequer sido previamente detectada como uma demanda pelas autoridades de saúde. Essa sensibilidade política e presteza na busca de alternativas, precisa então ser mais bem avaliada.

Três características do contexto político institucional desse período tiveram destaque especial na conformação das respostas deflagradas pela SES: os compromissos democráticos assumidos pelo primeiro governo estadual eleito diretamente após quase 20 anos de ditadura militar, e que

¹² Este informe resumia o conjunto das informações internacionalmente disponíveis sobre Aids (aspectos epidemiológicos, clínicos, etiológicos, laboratoriais e de prevenção) e apresentava normas e instruções para notificação de casos suspeitos e confirmados. Foram feitos 5.000 exemplares e distribuídos a todas as instituições de saúde, públicas e privadas, do Estado de São Paulo, e também às Secretarias de Saúde de outros estados e ao Ministério da Saúde (TEIXEIRA, 1997, p45).

iniciava sua gestão em 1983¹³; a presença, em São Paulo, de movimentos gays organizados, e o perfil técnico assistencial das propostas de reformulação do modelo de assistência à saúde prestada pelo Estado¹⁴.

Por parte do governo, destacamos o reconhecimento da legitimidade das demandas apresentadas, a presteza na resposta e a não-discriminação em relação aos proponentes. As autoridades sanitárias encontravam-se diante de reivindicações, por direitos sociais, de um segmento minoritário e socialmente estigmatizado, e que foi tratado sem preconceitos, ainda que não sem dificuldades, em relação aos ajustes necessários entre as expectativas da comunidade e as respostas encontradas pela SES. Além disso, é relevante a valorização da presença do movimento gay organizado, perceptível na manutenção de vínculos com o movimento: *“... membros do grupo “Somos”, então em fase de desarticulação, e do grupo “Outra Coisa”, que viria a desaparecer em 1984, foram convidados a participar da coordenação do Programa. Embora não tivessem aceito o convite, mantiveram estreita convivência com a coordenação...(trazendo) para o programa a marca da luta contra o preconceito e a discriminação.”* (TEIXEIRA, 1997, p. 48).

A articulação com o movimento social organizado conferiu ao programa, desde sua emergência, uma marca específica que se traduziu em compromissos éticos de defesa de direitos sociais e de não-discriminação, que tiveram desdobramentos importantes, tanto para a definição de políticas como para a conformação das práticas de intervenção.

Nas palavras de GALVÃO: *“Um dos primeiros aspectos que chamam a atenção, ao tratar de contextualizar e analisar a epidemia brasileira, é o pioneirismo, tanto do setor não-governamental como do setor governamental, em identificar, no início da década de 1980, que estávamos diante de um desafio tanto para a saúde pública como para o exercício da liberdade individual... a mobilização dos grupos gays, em 1982, deu início à*

¹³ Governo de Franco Montoro, tendo como secretário de Saúde José Yunes, 1983/1987.

¹⁴ Em 1983, implanta-se o convênio das AIS (Ações Integradas de Saúde), que estabelece o repasse de recursos da Previdência para as Secretarias Estaduais de Saúde, mediante a responsabilização dessas últimas pela assistência médica direta.

participação mais articulada da sociedade civil – concretizada em 1983 com a criação do primeiro programa governamental brasileiro dirigido à aids e com a fundação, em 1985, também em São Paulo, da primeira entidade não-governamental dedicada exclusivamente à aids.” (GALVÃO, J. 2000, p.11).

Vale assinalar o cenário político em que se desenvolveu esse processo. A partir do final dos anos 70, o movimento social voltou à cena pública após 10 anos de silêncio. Estudantes e sindicalistas ocupavam espaço nas ruas e na mídia. Diferentes movimentos se organizaram procurando (re)construir projetos e identidades, muitos deles banidos ou postos na clandestinidade, no final dos anos 60, pelo endurecimento do regime militar. No início dos anos 80, viveu-se um momento de abertura política e de retomada do espaço público, no qual movimentos de resistência ganharam visibilidade crescente.

Nesse contexto, o debate político e social transcendeu os limites da conjuntura mais imediata - de superação da ditadura militar por um novo regime político - invadindo, por assim dizer, o espaço da vida privada, campo “minado” em que valores éticos e morais não encontravam balizamento nos limites políticos tradicionalmente conformados entre a esquerda e a direita.

Em consonância com iniciativas internacionais, a partir dos anos 70, surgiram no Brasil, em grandes centros urbanos como São Paulo e outras capitais, movimentos de defesa de direitos dos homossexuais. Esses grupos manifestavam-se centralmente contra o preconceito, assumindo lutas políticas, como as realizadas contra prisões arbitrárias de homossexuais em São Paulo em 1980 e contra a classificação da homossexualidade como doença pelo INAMPS, mas, concentrando suas atividades em discussões internas sobre a “identidade homossexual” (FRY, 1982).

Essas características, em linhas gerais, nos dão um perfil dos movimentos que atuavam quando da emergência dos primeiros casos da epidemia. Eram movimentos que, de um lado, possuíam atuação política referente a questões relacionadas ao preconceito e à discriminação e, por outro, tomavam como temática central as discussões sobre sua identidade, cujo debate caloroso transitava entre as diferentes abordagens e

representações sobre questões de gênero, orientação sexual e sexualidade (FRY, 1982), mas sempre de modo afirmativo em relação à liberdade sexual de cada um, como um valor que correspondia à própria identidade e que não podia ser ameaçado. Nesse sentido, eram movimentos que, embora representassem minorias, tinham representatividade e expressão social em relação aos valores que defendiam.

Especificamente em relação ao setor saúde, nos primeiros anos da década de 1980, vivia-se o auge da chamada "crise da Previdência Social", que representava o esgotamento do modelo privatizante de assistência médica que vinha sendo realizado pelo INAMPS. A assinatura do convênio das "Ações Integradas de Saúde" (AIS) viabilizou o repasse financeiro de recursos da Previdência para a SES, mediante sua responsabilização pela assistência médica direta e pela gestão de convênios complementares com o setor privado. Isso significava que a SES precisava substituir grande parte do volume da assistência que vinha sendo feita pela iniciativa privada. Essa necessidade pressionava por um "novo modelo assistencial" e redirecionava a proposta técnica das ações de saúde, especialmente daquelas de potencial mais extensivo realizadas até então nos Centros de Saúde. Esse novo modelo podia ser caracterizado pela ênfase colocada, em documentos da SES, na capacidade assistencial instalada da rede básica e em sua potencial resolutividade valendo-se da incorporação da assistência médica e de sua integração à rede laboratorial e hospitalar, com o incremento de exames, medicamentos e outros equipamentos médicos (NEMES, 1993).

Mediante uma maior disponibilidade de recursos financeiros e com um discurso de renovação das práticas de saúde realizadas nos serviços públicos de atenção primária, o "novo modelo assistencial" ganhou apoio técnico e político. Era um modelo centralmente baseado na estratégia de extensão da assistência médica à demanda espontânea, como uma alternativa aos antigos Programas, avaliados nessa proposição como obsoletos, burocratizados e limitados em sua resolutividade (GUERRA, 1993; NEMES, 1989).

Este conjunto articulado de determinações que vimos apontando, favoreceram, no estado de São Paulo, uma resposta relativamente rápida à epidemia de aids. Por outro lado, para além de suas relações mais imediatas com a conjuntura histórica daquele momento, características como a interlocução direta com o movimento social organizado, e os compromissos éticos que se construíram nessa relação, iriam definir as bases do perfil político e ético nas quais se fundou o Programa.

Nesse contexto, como devemos reconhecer a assistência às pessoas que viviam com HIV/aids, que então se iniciava? Podemos reconhecê-la como parte de uma proposição programática ou, numa conjuntura de horizontalização dos programas existentes e de extensão da assistência médica, as ações propostas tinham um outro significado tecnológico?

Examinemos o perfil tecnológico dos programas. A programação em saúde, enquanto modelo assistencial desenvolvido em São Paulo entre o final dos anos 70 e meados dos anos 80, representou a proposição de um modelo planejado de intervenção dirigido a diferentes grupos populacionais, segundo parâmetros epidemiológicos de identificação e mensuração de necessidades de saúde. Com base no planejamento de nível local, os programas de saúde orientavam-se por indicadores que procuravam caracterizar a relevância de objetos elegíveis para intervenção. Nesse sentido, por meio da utilização dos parâmetros de magnitude, transcendência e vulnerabilidade,¹⁵ os programas buscavam identificar problemas de saúde com expressão social, por sua magnitude ou transcendência e que, simultaneamente, fossem vulneráveis a intervenções, ou seja, passíveis de um controle eficaz – resolutivo na dimensão do coletivo – e eficiente – como resultado do melhor equacionamento possível entre custo e efetividade. Além do planejamento, a programação também se valeu de elementos estruturais da Medicina Comunitária, representados, entre outros, pelas proposições de extensão e simplificação dos serviços, por intermédio da integração das atividades de promoção, prevenção e assistência curativa num mesmo serviço, e na hierarquização das ações. No

¹⁵Significando, aqui, a vulnerabilidade da doença a mecanismos conhecidos de intervenção

plano assistencial, a articulação desses elementos representava a ambição de articular instrumentos dirigidos ao cuidado individual com instrumentos de saúde pública, mantendo-se este conjunto sob o comando do coletivo. Mediante este sentido tecnológico, a programação tomou a assistência médica como um instrumento “*subordinado*” a uma “*gerência epidemiológica*”. “*Esta é a característica nuclear da Programação por referência aos modelos anteriores de Saúde Pública de São Paulo: a **assunção de que a assistência médica individual é capaz de produzir modificações na dimensão coletiva dos processos de doença***” (NEMES, p. 86, 1993, destaque no original).

Na definição das ações públicas de assistência à saúde, dois modelos tecnológicos distintos encontravam-se em competição: um centrado na extensão da assistência médica individual, tomada não como instrumento, mas como modelo de prática, e que, posteriormente, viria a se traduzir na rede básica num padrão assistencial alcunhado por Schraiber de “consulta” (SCHRAIBER, 1993), e o da programação, onde o atendimento médico era concebido como parte de um conjunto articulado de intervenções que visavam impacto coletivo. Este último modelo vinha sendo alvo de inúmeras críticas, em função: das características concretas que assumiu no cotidiano dos serviços; das resistências encontradas entre algumas categorias profissionais para sua efetivação, particularmente no que se referia a normatização e controle da assistência e à priorização epidemiológica da demanda, e, ainda, em função dos limites que apresentava diante das necessidades de extensão assistencial impulsionadas pela falência do sistema previdenciário.

Nesse cenário, qual o desenho tecnológico que se desenvolvia para a assistência aos casos de aids?

No primeiro conjunto de medidas tomadas pela SES, em 1983, chama a atenção a eleição de, pelo menos, duas grandes frentes de atuação: uma vinculada à elaboração e difusão de informações, tecnicamente representada pela *vigilância epidemiológica*, que passava a acompanhar a

e controle.

epidemia por intermédio dos casos notificados e de sua investigação, e que se responsabilizava pela produção e divulgação de esclarecimentos e informes atualizados tanto para os técnicos como para a população; e uma outra frente, representada pela oferta de *assistência médica* de modo centralizado e em serviços especializados.

Nesse primeiro momento, não havia exatamente uma “pressão de demanda” em relação ao número de pacientes diagnosticados,¹⁶ mas, sim, uma pressão social, por garantia de atendimento para os casos que começavam a surgir e, sobretudo, por informação e maior segurança diante de um mal desconhecido que vinha se mostrando letal em outros países, e que começava a causar pânico entre a população que se reconhecia como pertencente a algum segmento entre os chamados “grupos de risco”. Estas foram as reivindicações levadas à SES pelo grupo demandante, como representando as necessidades que precisavam ser atendidas (GUERRA, 1993).

A releitura técnica dessa demanda foi feita pela SES mediante a identificação do problema como um agravo inusitado à saúde, que surgia no cenário internacional, e sobre o qual era preciso atuar. A instituição de medidas de controle epidemiológico, atribuição historicamente realizada pelo Estado, era de imediato um dos principais instrumentos a ser ativado. Já a assistência aos doentes, embora não fosse uma ação pública inusitada, merecia uma discussão mais cuidadosa.

A garantia de assistência como direito universal correspondia, de modo coerente, aos compromissos políticos assumidos pelo governo e tinha respaldo técnico-político no modelo assistencial em implantação na SES. Além disso, a presença de um movimento social organizado, exigia publicamente esta coerência e cobrava medidas efetivas. Dessa forma, as ações públicas de saúde dirigidas à aids tiveram início num contexto de valorização do acesso à assistência médica individual, favorecendo o

¹⁶ O primeiro documento elaborado pelo grupo de trabalho da SES, em julho de 1983, que acabou se desdobrando na instituição da Aids como doença de notificação compulsória, relatava dois casos até então detectados no estado de São Paulo (GUERRA, 1993, p. 61).

reconhecimento e incorporação da assistência como uma das ações imediatas a serem valorizadas pelo Programa que se iniciava.

O atendimento de uma doença desconhecida e clinicamente complexa, com múltiplas e graves manifestações e de alta letalidade, exigia serviços especializados e de terceira linha. No entanto, tudo o que podiam oferecer era o tratamento a intercorrências e complicações, inicialmente sem especificidade clínica e com resolutividade limitada e temporária, já que os primeiros informes admitiam uma mortalidade acumulada de 100% em um ano.

Nos moldes da programação, dentro de uma estrita lógica programática, a assistência aos casos poderia ser tomada como meio de reconhecimento do novo agravo, mas não exatamente de cuidado ao doente, uma vez que esta intervenção não tinha nenhum papel reconhecido na alteração do comportamento epidemiológico da doença. Por outro lado, essas características contrastavam com o modelo assistencial então preconizado para a rede pública, centrado na atenção médica com "alta resolutividade" e na atenção primária.

No entanto, apesar da baixa resolutividade e do restrito significado epidemiológico, a assistência foi incorporada e se mantém como um componente extremamente importante no Programa desde esse momento.

É verdade que não podemos desconsiderar o fato da assistência médica, tanto em casos de epidemia como de atendimento a condições que exijam equipamentos médico-hospitalares de alta complexidade, tenha sido historicamente delegada ao poder público, e que a aids venha a se encaixar em ambas as características. Mesmo assim, o tratamento dado pelo Estado às condições epidêmicas foi, nesse caso, muito diferente do "convencional".

A escolha da DHDS para a coordenação do Programa e sua responsabilização pelo controle do diagnóstico favoreceram o tipo de resposta dada, porque a DHDS reunia profissionais com uma longa experiência de trabalho com uma doença fortemente ligada ao medo do contágio, ao estigma e à discriminação, tal como a nova doença emergente (TEIXEIRA, 1997).

A possibilidade de interlocução entre percepções distintas da epidemia – a visão dos técnicos e a da comunidade – enriqueceu e deu conteúdo específico ao processo desdobrando-se na orientação de posturas para os profissionais envolvidos (como evitar atitudes discriminatórias e garantir sigilo aos pacientes) e em cuidados nos esclarecimentos prestados à população, como o de não se reforçar o preconceito.

Pôde-se reconhecer, posteriormente, que o destaque dado ao risco diferenciado de contágio entre os homossexuais, pela concepção de "grupos de risco" que orientou as primeiras propostas de intervenção, abriu espaço (e foi ela própria contaminada) para inúmeras manifestações de preconceito, que iam da interpretação da epidemia como "peste gay", ou como um "castigo de Deus", a proposições de isolamento dos possíveis infectados, no limite, todos os pertencentes aos "grupos de risco".

A comunidade gay, enquanto segmento social que se organizava em torno da afirmação de sua identidade, já vinha denunciando a ocorrência de práticas sociais discriminatórias, e se via ameaçada não apenas pela epidemia, mas pela disseminação e exacerbação do preconceito. Nesse sentido, o direito ao acesso a cuidados médicos especializados, assume um valor social relativamente distinto daquele atribuído à assistência no movimento de extensão liderado pela SES, onde a produção de atendimentos médicos, em termos de quantidade e extensividade assumia grande importância. De fato, se a possibilidade de acesso já constitui um exercício de direitos sociais, no caso da assistência aos suspeitos de aids, tratava-se não só do acesso, mas do modo como essa assistência seria prestada em relação à não-discriminação da clientela, o que dava, desde esse período, uma qualidade específica à atenção proposta.

Nesse primeiro momento, pelo próprio estigma que ganhou a epidemia, o Estado se encontrava diante da necessidade de responder com uma política de inclusão e de reconhecimento de direitos a grupos que eram, em geral, parte dos economicamente "incluídos", mas que estavam diante do aumento do risco social de discriminação por sua orientação sexual.

Assim, no caso da epidemia de Aids que então se iniciava, o atendimento clínico individual nos serviços públicos representava, antes, uma forma de garantir o direito à assistência para pessoas que haviam adquirido uma doença letal que ameaçava sua sobrevivência física e social.

Pode-se, então, afirmar que o sentido “programático” principal da assistência em sua emergência era o de representar a *defesa de princípios éticos, o direito à cidadania e o acesso universal à assistência*, mais do que uma intervenção de saúde com ambições de impacto populacional ou mesmo de efetividade clínica, dada a baixa especificidade e eficácia limitada das medidas então conhecidas, restritas ao controle das infecções oportunistas. Este compromisso confere uma marca programática específica à assistência, em particular, e também ao Programa como um todo, e que procurará se desenvolver, também, como uma marca tecnológica, como retomaremos no tópico seguinte.

Uma segunda característica do Programa, que se configurou a partir desse período, intimamente relacionada à anterior e que acompanhará a trajetória do Programa em nível nacional, é sua *interlocução com o movimento social organizado*. Este ator social esteve representado, num primeiro momento, particularmente pelo movimento gay, e foi ampliado em sua composição, nos anos seguintes, por meio da presença das ONG/aids¹⁷ e de outras frentes de apoio organizado, como aquelas vinculadas ao movimento feminista ou a movimentos religiosos.¹⁸ Ainda que representem movimentos de natureza e objetivos distintos e detenham expressão política e social, também diferentes entre si, estes movimentos conformam, enquanto representação do coletivo, um interlocutor diferenciado, que questiona e exige a permanente renovação dos compromissos éticos assumidos.

¹⁷ A primeira ONG/aids brasileira, entidade especificamente voltada ao desenvolvimento de ações de prevenção e/ou de apoio a pessoas vivendo com HIV/aids, foi o GAPA/SP (Grupo de apoio à Prevenção à aids), que surgiu em São Paulo em 1985. Sobre as ONG/ Aids, ver GALVÃO, 1997.

¹⁸ Existem hoje, só no Estado de São Paulo, 78 entidades cadastradas como ONG, que desenvolvem atividades dirigidas à aids. Cf. link referido no site do Programa Nacional de DST/aids (www.aids.gov.br).

Vale ainda destacar algumas outras características do Programa de DST/aids, que podem ser observadas ao longo da montagem e desenvolvimento das ações e frentes de intervenção que hoje o constituem.

Logo nos três primeiros anos da epidemia, observou-se um crescimento importante e inicialmente não previsto na demanda por assistência. Na medida em que o número de casos aumentava rapidamente, aumentavam também as evidências quanto à insuficiência dos instrumentos conhecidos de intervenção, tanto em termos clínicos como epidemiológicos. Até 1984, havia 100 casos notificados no estado; em 1985, esse número já ultrapassava os 300.¹⁹

Os técnicos da SES logo reconheceram que a aplicação das medidas habituais – a definição de casos, a identificação de casos novos, a busca ativa de comunicantes - encontravam na Aids obstáculos e conflitos de difícil equacionamento. Até 1985, não havia tecnologia desenvolvida para confirmação diagnóstica; o sigilo era fundamental na manutenção da privacidade do paciente, e havia necessidade de se convencer os serviços e os profissionais a realizarem as notificações garantindo a manutenção do sigilo; ao mesmo tempo, a imprensa tanto pressionava por informação e denunciava episódios de discriminação, como contribuía negativamente com a divulgação de informações distorcidas que alimentavam o clima de pânico e de estigmatização dos que eram, ou "podiam ser", atingidos pela epidemia. Mesmo entre os técnicos, havia medo e era difícil encontrar profissionais disponíveis para compor as equipes (GUERRA, 1983).

O adequado enfrentamento dessas dificuldades exigia o desenvolvimento de novas alternativas tecnológicas, com base em outros conhecimentos além da Clínica e da Epidemiologia, e requeria também a definição de novos arranjos organizacionais que dessem apoio a essas novas ações programáticas.

¹⁹ Estes números refletem uma mensuração genérica, com intuito de assinalar o rápido crescimento. Cf. dados citados por Kalichaman, 1993. Dados revistos e atualizados podem ser encontrados no Boletim Epidemiológico do CRT-DST/aids – CVE, do Programa DST/aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Essas dificuldades foram ampliadas com o esgotamento progressivo da capacidade da rede pública em responder às demandas tanto assistenciais como relativas à vigilância epidemiológica, o que já havia sido esboçado em 85/86 e chegou à opinião pública através da mídia em 87/88 (KALICHMAN, 1993).

Até a regulamentação do Sistema Único de Saúde, promulgado em 1986, a assistência médica estava sob responsabilidade do INAMPS, o que significava que grande parte dos equipamentos hospitalares, próprios ou conveniados, estava sob o gerenciamento deste órgão. Este fato contribuiu para o estrangulamento da capacidade de assistência hospitalar da SES, uma vez que o INAMPS não considerava de sua responsabilidade cuidar de “problemas de saúde pública” (TEIXEIRA, 1997).

Essa crise levou a mudanças na constituição técnica e política do Programa Estadual, e à criação do Centro de Treinamento em Aids (CRT-A) em 1988, diretamente vinculado ao gabinete do Secretário de Saúde, e que veio conferir ao Programa uma atuação mais orgânica e com maior capacidade de resposta técnica e gerencial.

No período compreendido entre 1983 até 1986, as ações governamentais relativas à epidemia de aids no Estado de São Paulo, “...se pautaram por investimentos em vigilância epidemiológica, em assistência médica e difusão de um discurso de alerta e não-discriminação. Na área de prevenção, no entanto, as ações eram tímidas e se limitavam a reuniões, palestras, distribuição de folhetos e utilização da mídia...” (TEIXEIRA, p. 54, 1997). Na verdade, podemos considerar que essas características se mantiveram em São Paulo até a criação do CRT-A, apesar das mudanças implementadas no cenário nacional, a partir de 1986, com a organização e consolidação do Programa Nacional.

Quando de sua criação, o CRT-A “*tinha como metas prioritárias, além da referência técnica, atuar como capacitador e gerador de normas técnicas, com vistas a um processo de descentralização do atendimento no Estado de São Paulo. Além de capacitação e monitoração técnica, o CRT-A, teve, neste período, um importante papel na implementação de alternativas*

assistenciais, como o hospital-dia e a assistência domiciliar terapêutica.” (SÃO PAULO, SES, PROGRAMA ESTADUAL DST/AIDS, p. 03, 1998).

É interessante observar que durante toda a década de 1980 a vigilância epidemiológica e a assistência médica constituíram os pilares de intervenção técnica do Programa estadual. Chama a atenção que a responsabilidade sobre a orientação da organização descentralizada de serviços de assistência tenha se mantido como atribuição da Equipe de Vigilância Epidemiológica (VE), de 1988 até o final de 1990. “... a equipe (de VE) atuava diretamente na organização dos serviços públicos de saúde para o atendimento descentralizado das demandas relativas à epidemia, tanto do ponto de vista da assistência individual quanto das atividades de VE” (KALICHIMAN, p192, 1993). Isto porque, durante todo o período inicial da epidemia, as ações da VE e da assistência aos doentes, mantinham-se conectadas, nos primeiros anos, por meio da investigação direta de todos os casos notificados, e a seguir, mediante a implantação das normas e procedimentos da VE nos serviços de assistência (KALICHIMAN, 1993).

No processo de construção do Programa que vimos apresentando, podemos reconhecer duas outras características não imediatamente vinculadas à assistência, mas que trazem desdobramentos para sua configuração e que são constitutivas da organização e do modo de operar do Programa, tanto estadual como nacional.

Uma delas é a sua relativa “verticalização”. Dizemos relativa porque, de fato, o Programa assume uma *configuração centralizada* no que se refere à definição de diretrizes políticas, e no estabelecimento de normas e padrões de atuação. Por outro lado, diferente dos antigos programas verticais, estabelece ativamente um processo de *descentralização das ações*.

Outra característica que merece destaque é a *interação* do programa brasileiro, desde sua formação, *com organismos internacionais*. A partir de 1986, a Organização Pan-americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde criaram Programas específicos de atuação sobre a pandemia de aids. Essas organizações passaram a ter um importante papel na difusão de

políticas de não-discriminação e de defesa de direitos e no estabelecimento de práticas programáticas em todos os países latino-americanos, por intermédio da oferta de apoio técnico e financeiro, com importante papel na consolidação do Programa Nacional de DST/Aids. Esta interlocução se desdobrou em outros inúmeros contatos internacionais, com o estabelecimento de parcerias e trocas de experiências programáticas.

A postura do programa brasileiro de combate à pandemia, num cenário de globalização econômica e social, tem sido de ‘mundialização’ da solidariedade, não apenas discursiva, mas realizada por intermédio da difusão de propostas concretas que procuram apoiar no cenário nacional e internacional, o desenvolvimento de políticas de Estado de assistência e proteção social às populações mais vulneráveis. O que ficou muito bem representado pela recente vitória da posição defendida pelo Brasil na Conferência da Organização Mundial do Comércio (OMC) em novembro de 2001, que permitiu a quebra de patentes de remédios em caso de proteção à saúde pública. Internamente, deve-se destacar o apoio internacional acordado mediante os convênios firmados com o Banco Mundial – conhecidos como AIDS I e AIDS II.

Finalmente, uma última característica importante do Programa brasileiro tem sido a adoção, a partir de 1991, de uma política de garantia de acesso universal e gratuito aos medicamentos específicos para o tratamento da aids, por meio da rede pública de serviços. De modo coerente com a opção ética e política de estímulo e fortalecimento da cidadania dos que vivem com HIV/aids, o Programa definiu uma estratégia ousada de distribuição de medicamentos, que contrariava muitas recomendações internacionais sobre o modo como os países em desenvolvimento deveriam gerenciar a epidemia em seus territórios. Essa estratégia mostrou-se acertada, conseguindo impactar tanto a qualidade de vida como o tempo de sobrevivência das pessoas com aids, diminuindo as perdas econômicas relativas aos óbitos, assim como os gastos do sistema de saúde com o atendimento a intercorrências e internações (GOMES, 1999; GALVÃO, 2000).

Os aspectos elencados, assim como o resgate do contexto em que alguns deles foram definidos, tiveram como objetivo principal proceder a uma caracterização das principais marcas político-institucionais que têm definido o perfil do Programa Brasileiro de DST/aids ao longo de sua história, vista aqui a partir da constituição do Programa paulista. O conjunto de características que destacamos não pretendem esgotar os diferentes aspectos que se poderiam reconhecer nas inúmeras frentes de atuação que hoje constituem o Programa Nacional e o Programa estadual em São Paulo, mas representam opções historicamente construídas e que definem um determinado perfil para as práticas que constituem o Programa. Em outras palavras, as características postas em destaque representam a base político-institucional que tem dado sustentação às ações propostas, ou seja, representam o que alguns autores nominam como a “teoria do programa”. Nessa terminologia, a “teoria” representa o conjunto dos pressupostos teórico-conceituais que embasam o desenvolvimento das práticas, no melhor sentido que se pode dar a este termo, e com os quais estas práticas devem guardar coerência. Para o foco avaliativo proposto, os marcos identificados devem repercutir, de diferentes modos, sobre as ações que são desenvolvidas nos serviços de assistência, definindo um primeiro conjunto de parâmetros para avaliação.

Nesse sentido, podemos afirmar que essas características constituem-se em três conjuntos articulados de diretrizes com as quais se pode buscar coerência ao avaliarmos as ações assistenciais. Senão vejamos.

Têm um caráter ético-político na orientação das práticas nos serviços:

- ✓ o compromisso contra a discriminação
- ✓ a defesa da cidadania
- ✓ o diálogo com o movimento social organizado
- ✓ o desenvolvimento de processos democráticos e participativos de organização das ações, enquanto decorrência necessária dos compromissos citados.

Têm um cunho político organizacional:

- ✓ a centralização político-normativa, que deve se refletir no nível local, na coerência, na priorização das ações e no seguimento das normas e procedimentos padronizados
- ✓ a descentralização executiva, que representa a responsabilização dos serviços pelas ações desenvolvidas

Tem um caráter técnico-político:

- ✓ a assistência aos que vivem com HIV/aids – que, reconhecida como um direito de cidadania, representa não apenas garantia de acesso, mas definição de meios coerentes de atuação em relação ao favorecimento à emancipação dos sujeitos.

É especialmente sobre este último aspecto que nos deteremos a seguir.

4.2 A assistência ambulatorial como ação programática

A intervenção programática que se coloca como padrão almejado, não é constituída pelos mesmos parâmetros que orientavam os programas paulistas desenvolvidos em meados dos anos 70. No entanto, sua abordagem e instrumentos programáticos inspiram-se nessa experiência e dela retêm muitos conceitos e estratégias, redefinidos neste outro contexto.

De acordo com o apresentado, o Programa Brasileiro de DST/Aids se caracteriza como um programa cujo desenvolvimento político e tecnológico pode ser analisado nos moldes propostos pelo modelo da ação programática, conforme definido por MENDES-GONÇALVES, SCHRAIBER & NEMES (1993). Além disso, a assistência ambulatorial, como ação integrada ao Programa, mantém coerência tecnológica com o mesmo e pode ser caracterizada como uma prática programática, enquanto uma das frentes de atuação do Programa.

Esta última afirmação encontra amparo tanto na forma orgânica como a assistência está articulada ao Programa, na qualidade de um dos seus mais importantes componentes, como, também, nas características assumidas pela própria assistência.

De fato, podemos considerar que é a especificidade da assistência à aids enquanto ação cuidadora de caráter programático que a diferencia tecnologicamente tanto da assistência definida estritamente como instrumento de controle epidemiológico, tal como nos programas sanitários mais clássicos, quanto da assistência ambulatorial “não-programática”, tal como se desenvolve a atenção em ambulatórios de especialidades, onde seria concebida enquanto prática estritamente clínica.

Quais seriam, então, as características que qualificam a assistência ambulatorial desenvolvida pelo Programa de DST/Aids, como uma tecnologia de base programática com características “próprias”?

Como vimos, uma marca do Programa brasileiro de DST/Aids tem sido a explicitação dos referenciais éticos que orientam o conjunto das ações desenvolvidas, e que tem se caracterizado pela defesa da equidade, da cidadania e da não-discriminação dos grupos populacionais mais atingidos pela epidemia, e além do empenho técnico e político em desenvolver práticas e abordagens mais humanizadas no interior dos serviços de saúde, pautadas por esses mesmos referenciais. Essas proposições trazem para a assistência algumas “zonas de tensão” importantes, ao tentarem compor com parâmetros preexistentes e já incorporados ao trabalho ambulatorial, e que foram historicamente construídos em outras bases.

Podemos dizer que desenvolver e manter a assistência ambulatorial como uma prática programática representa, por si só, um grande ponto de tensão e de enfrentamento entre projetos técnico-assistenciais distintos, uma vez que a atenção à aids representa, nesse contexto, uma proposição não-hegemônica enquanto modelo de prática assistencial.

Os esforços em garantir a assistência ambulatorial, desde a emergência dos primeiros casos no Brasil até o desenvolvimento dos primeiros esquemas terapêuticos mais específicos para o controle da doença, quase dez anos depois, têm sido o resultado do empenho de alguns segmentos sociais em garantir o acesso a um direito de cidadania. Esse direito representa a promoção de cuidados dirigidos a pessoas submetidas a

um conjunto de estigmas sociais vinculados ao próprio diagnóstico e/ou às orientações sexuais e práticas sociais das pessoas atingidas pela epidemia.

Na primeira fase da epidemia, antes do advento das terapêuticas com medicações específicas contra o HIV, estava colocado para a assistência o desafio de enfrentar uma doença para a qual só se dispunha de tratamentos de suporte e tentativas de controle das infecções oportunistas, com baixo impacto no prolongamento da vida. Esse limite de intervenção no cuidado individual trouxe limites também à possibilidade de instrumentalizar o controle epidemiológico da epidemia por intermédio do tratamento como forma de interrupção da cadeia de transmissão, tal como estabelecido no controle da disseminação de outras doenças infecciosas.

Assim, de modo diferente dos “programas tradicionais”, o atendimento aos doentes não representava centralmente uma estratégia epidemiológica de controle da epidemia por meio do cuidado individual, tal como o fora nos Programas de hanseníase ou de tuberculose. Estes programas eram desenvolvidos com base em práticas médico-sanitárias apoiadas centralmente no conhecimento epidemiológico e na educação sanitária. A assistência aos doentes integrava um conjunto de ações orientadas por uma mesma finalidade: o controle da epidemia. Em torno deste objetivo é que interagiam os diferentes trabalhos. *“O objetivo do controle da tuberculose é quebrar a cadeia de transmissão da infecção. Esse objetivo pode ser conseguido pela descoberta, tão cedo quanto possível, das fontes de infecção e pela aplicação imediata de quimioterapia aos não infectantes. ...O tratamento correto dos bacilíferos é a atividade prioritária no controle da tuberculose, uma vez que permite anular rapidamente as fontes de infecção”* (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, sd).

Conforme vimos discutindo, a presença desses limites valoriza a importância do significado ético assumido pela assistência, o que se mantém, ainda que de outro modo, com o advento de alternativas terapêuticas de maior impacto na sobrevida.

A assistência ambulatorial, como parte de um Programa público de combate à epidemia, é progressivamente organizada em moldes

programáticos. Temos hoje mecanismos de captação de casos, por meio da testagem e aconselhamento desenvolvidos nos CTAS (Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids) e nos Programas de pré-natal da rede pública; normas de funcionamento e fluxo nos ambulatorios para o atendimento dos pacientes, incluindo o acolhimento, o atendimento por equipe multiprofissional, a normatização técnica da assistência médica, o acesso a outras especialidades médicas, a cobertura laboratorial e o acesso aos medicamentos; além de outras abordagens específicas (como grupos de adesão, grupos com profissionais do sexo e outros), que são desenvolvidas de diferentes modos, conforme a realidade de cada serviço e de seus usuários.

Em que pesem os limites e contradições enfrentadas para uma plena efetivação da assistência ambulatorial como “ação programática”, o conteúdo e organização das ações mantêm algumas das características principais desse modelo: reconhecem a insuficiência do monopólio do saber médico como o único capaz de atuar sobre a doença em toda sua complexidade, expresso pela atuação em equipe multiprofissional e pela busca de alternativas assistenciais ao atendimento médico individual exclusivo; utilizam estudos epidemiológicos para acompanhamento das tendências da epidemia e para a orientação de prioridades, atestados pela revalorização político-institucional da atenção à mulher e pelo estímulo ao desenvolvimento de projetos dirigidos a populações mais vulneráveis, e mantêm canais abertos de diálogo com a comunidade organizada, que, por sua vez, procura intervir ativamente nos rumos do Programa.

Entretanto, para além dos avanços e recuos que se podem observar na concretização das características apontadas, deve-se reconhecer a ocorrência simultânea de um outro modelo. A intervenção médica integra a assistência ambulatorial na qualidade de um instrumento forte e competente no controle da doença em nível individual e com impacto positivo entre a população portadora, o que lhe confere, ou reafirma, poder diferenciado na definição da assistência. Nesse sentido, embora a estrutura assistencial descrita difira qualitativamente daquela que se pode observar nos

ambulatoriais de especialidades médicas da rede pública, o saber operativo que predominantemente orienta a assistência ambulatorial à aids continua sendo de ordem clínica. Este fato, considerando-se a importância e o significado historicamente assumidos pela prática médica, pode transformá-la de meio para atingir os propósitos do programa, em finalidade, em ação central normatizadora, mediante a qual se definem as demais ações e se estende o sentido da norma.

No entanto, as diferenças conferidas pela estrutura assistencial e pela articulação com o Programa refletem a tentativa de enfrentamento dessa contradição e procuram dar resposta a um outro conjunto de necessidades. A aids coloca, para a prática assistencial e para os saberes com os quais opera, a abordagem de questões complexas para as quais está socialmente reconhecida a insuficiência de seu principal apoio técnico-científico, o saber baseado na Clínica, não apenas porque este não tem conseguido oferecer, até o momento, a possibilidade de cura, mas especialmente porque as reduções que este realiza na complexidade histórica e social do “ser doente” são aqui tensionadas em suas contradições. É como se a aids se colocasse como um objeto que “transborda” socialmente os limites da Clínica, expondo ao debate a legitimidade de suas apresentações tecnológicas.

Ainda que a síndrome da imunodeficiência adquirida represente uma definição estabelecida por meio do conhecimento biomédico, a construção social de seu significado extrapola os limites imuno-patológicos dessa definição e dá maior visibilidade às reduções que ela opera ao instruir as formas hegemônicas de exercício das práticas de saúde, exigindo a busca de alternativas mais responsivas às necessidades sociais que se apresentam. Tal aspecto coloca para o Programa, e particularmente para os serviços de assistência, o desafio de traduzir essa demanda social em novas tecnologias.

Podemos considerar que, ao menos em termos políticos, esse desafio vem sendo enfrentado pelo Programa; mas, como isso se dá nos serviços, que são a instância executiva e tradutora dessas políticas em ações diretas sobre a população alvo?

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.

Essas tensões, no limite, não são exatamente “próprias” da “assistência à aids”, mas são ampliadas pelas particularidades assumidas nos cuidados dirigidos às pessoas atingidas por essa enfermidade. Essas “particularidades” dizem respeito a duas dimensões desses cuidados:

- ✓ Aquelas ligadas a características do próprio objeto – que, ao focalizar a sexualidade, colocam em discussão, tornam pública, uma dimensão muito íntima do cotidiano da vida privada, que precisa então ser explicitamente abordada, enquanto uma dimensão que se destaca compondo com outras de difícil abordagem, como a morte e o uso de drogas, conformando um mosaico de dimensões da vida fortemente estigmatizadas e sinteticamente representadas pelo próprio estigma assumido pela doença;
- ✓ Aquelas ligadas a características das práticas de saúde – que, ao se defrontarem com a evidente complexidade deste objeto, expõem um conjunto de limites e contradições antes “encobertos”, ainda que presentes no conjunto das práticas institucionalizadas de assistência à saúde.

As tensões apontadas se ampliam com as características assumidas pela epidemia em nosso país: a cronificação dos casos, relacionada com o aumento da sobrevida; a expansão em termos numéricos e espaciais; a maior concentração de casos entre as camadas mais pobres; o crescimento diferencial do contágio entre as mulheres, com uma feminização da epidemia e com o conseqüente aumento das taxas de transmissão vertical (DHALLIA, BARREIRA & CASTILHO, 2000). Esse conjunto de alterações tem reflexos diretos sobre o perfil de atividades e a capacidade de assistência dos serviços ambulatoriais.

Tanto as inovações tecnológicas como a pressão da demanda na rede de serviços vêm ampliar, ainda mais, algumas questões que já estão

postas para a assistência desde os primeiros anos da epidemia e que representam tensões relacionadas tanto à arquitetura organizacional dos serviços, como ao padrão tecnológico com o qual operam.

Assim, podemos identificar como questões colocadas em evidência, na qualidade de aspectos técnico-assistenciais, e que por sua coerência programática devem ser valorizados positivamente na avaliação do processo de assistência a pessoas que vivem com HIV/aids:

- ✓ Sigilo profissional;
- ✓ Consentimento informado dos pacientes para solicitação de exames e para realização de contatos pelo serviço;
- ✓ A postura profissional de escuta ativa e de diálogo nos diferentes momentos da assistência;
- ✓ Investimento na consolidação do trabalho em equipe multiprofissional;
- ✓ A realização de treinamentos e educação continuada para o conjunto dos profissionais da equipe;
- ✓ A implantação das normas e procedimentos padronizados, com aplicação crítica e adaptação criteriosa, por intermédio da realização de avaliações periódicas;
- ✓ Acolhimento dos pacientes, especialmente dos novos e dos não aderentes.

Questões como estas vêm sendo trabalhadas há alguns anos por diferentes correntes do pensamento crítico no campo da Saúde Coletiva, com a experimentação de algumas alternativas assistenciais que as promovam ao estatuto de tecnologias, de modo a “retirá-las”, por assim dizer, do campo exclusivo do debate político ideológico. No entanto, devemos reconhecer, a expressão social dessas alternativas, na prática dos serviços, ainda é limitada.

As práticas de assistência à aids têm abrangência nacional e possuem diretrizes relativamente unificadas e mantidas por meio do Programa Nacional e dos Programas Estaduais e, em menor escala, dos Programas Municipais de DST/Aids. Nesse sentido, o embate técnico-

político ganha tanto maior visibilidade quanto aumentam as exigências sobre suas alternativas de resolução para os diferentes impasses.

Isso nos coloca diante de um desafio ao mesmo tempo instigante e desconfortável, pois significa enfrentar, no interior de práticas concretas e de grande abrangência, questões historicamente postas para o conjunto das práticas de saúde. Essa dimensão deve matizar as avaliações que faremos, não para amenizar seu julgamento crítico, mas com a finalidade de contribuir para o estabelecimento de critérios de leitura que contemplem este movimento e que possam melhor caracterizar seu direcionamento em relação ao horizonte ambicionado.

O Programa de DST/Aids tem uma configuração contemporânea, com características distintas das assumidas por nossa tradição programática, e que corresponde à expressão de necessidades e práticas sociais que emergiram no contexto brasileiro nos últimos 20 anos. Conforme já destacamos, um conjunto substantivo de questões político-culturais ganhou expressão social nesse período, tais como: o valor social assumido pela individualidade, a maior importância assumida pelas frentes de luta em defesa da cidadania – como possibilidade de exercício de direitos sociais equânimes e individuais, ou ainda, a organização social de diferentes grupos de defesa dos direitos das chamadas “minorias”, como negros, mulheres e homossexuais.

Os cuidados dirigidos às pessoas que vivem com HIV/aids nascem sob o signo dessas “novas” necessidades sociais, onde ganha destaque o respeito à individualidade como valor ético e moral, colocando para as práticas de saúde o desafio de desenvolver abordagens que enfrentem as complexas relações entre o individual, que tende a ganhar rosto e voz, e o coletivo, que tende a assumir identidade social “própria”, ou seja, com progressiva autonomia em relação às práticas institucionalizadas de saúde. A utopia produtiva que se coloca como horizonte desafiador é a de desenvolver ações de saúde que contemplem, ou melhor, integrem ativamente o movimento de construção dessa individualidade, representada não, por indivíduos despersonalizados e iguais, naturalizados pela norma

biológica, mas, por sujeitos que intervêm e se redefinem nas práticas de saúde.

O trabalho, como ação social transformadora, tem sempre uma dimensão estratégica, definida pelo estabelecimento de recortes e instrumentos de intervenção orientados por uma antevisão do produto que se almeja alcançar, numa *“racionalidade dirigida a fins próprios”*, e, simultaneamente, uma dimensão comunicativa, de interação social. *“Essas especificidades consubstanciais à ação do trabalho são, conforme Habermas, analiticamente distinguíveis, mas mutuamente irreduzíveis, abrindo a possibilidade de investigarmos dentro do agir estratégico do trabalho o modo concreto de realização da interação social.”* (SCHRAIBER et al, 1999, p. 226).

Como o exame da expressão estratégica do trabalho, reconhecido como ação social que se dá por meio da interação entre sujeitos, pode indicar o projeto social que realiza?

“Se técnica e trabalho (no sentido humano genérico) são a forma propriamente humana de produzir respostas a necessidades através de procedimentos intencionais de alteração da natureza, também devemos lembrar que são modos de construção da vida social, formas de sociabilidade, surgindo o trabalho como expressão da própria socialidade do homem. Deste modo, as finalidades dos trabalhos são correspondentes à construção ético-política do modo social de viver. O saber tecnológico, ao projetar o modo de executar o trabalho, viabilizando a ação estratégica, realiza a intencionalidade de natureza ético-científica, consolidando a ação técnica e, por meio desta técnica, realiza, simultaneamente, a natureza ético-política da vida social. Mas, estabelecendo-se na esfera da referida técnica do trabalho, esse saber operante pode deixar pouco visível essa complexidade da dimensão intencional para a ação. A intenção parece respeitar apenas a realização do científico, obscurecendo sua qualidade de ser também a realização de projeto social: razões e propósitos histórico-sociais contidos no interior do saber-fazer técnico, ou o “como agir” no exercício da profissão. Será com base nisso, pois, que toda ação de

trabalho, mesmo que examinada pela perspectiva de ato produtor de produtos dados, pode e deve ser reconhecida (e estudada) como intenção técnica, ética e política em ato.” (SCHRAIBER et al, 1999, p. 229).

A partir desse desafio, vamos procurar reconhecer a qualidade dos serviços mediante o reconhecimento dos diferentes graus de aproximação que estes conseguem efetivar entre o projeto ético-político e sua realização técnico-operativa. Mas, qual é o nível de aproximação esperada?

As contradições apontadas em relação ao modelo tecnológico hegemônico certamente se refletem no cotidiano de trabalho, mas, por outro lado, não esgotam suas possibilidades de sucesso na instauração de novas traduções tecnológicas para os compromissos éticos e políticos assumidos pelo Programa.

As questões levantadas nos fazem dar novo valor às tensões perceptíveis entre as ações que abordam a aids como doença que atinge indivíduos, sujeitos que buscam respostas a necessidades de saúde, com aquelas ações voltadas para a aids epidemia, fenômeno de caráter imediatamente coletivo e social. Para os programas de saúde, e particularmente para o de atenção à aids, a tensão entre os saberes que abordam estas duas dimensões parece estar sofrendo um deslocamento de sentidos. Se os indivíduos são imediatamente sujeitos sociais, e assim são reconhecidos nas práticas e nas representações socialmente estabelecidas, então, nossa questão não é mais redefinir as articulações das ações de assistência individual por referência, e de forma subordinada, às práticas e conhecimentos construídos sobre o coletivo. Ainda que a tensão se mantenha em torno da mesma polaridade dialética, entre o individual e o coletivo, ela se desloca para as articulações presentes no interior das ações voltadas para o individual, agora locus privilegiado de expressão do coletivo.

As melhores qualidades assistenciais que se pode esperar de uma ação programática assim caracterizada são aquelas que representem esse movimento e que mais se aproximem, na forma de práticas concretas, dos compromissos éticos e políticos enunciados pelo Programa.

Conforme vimos discutindo, essas características podem ser representadas, no mais ambicioso sentido da integração médico-sanitária, pela identificação das melhores articulações possíveis entre as ações voltadas para o cuidado individual e aquelas de caráter coletivo. O deslocamento de sentidos, antes referido, estará nos orientando a buscar como “melhores” articulações aquelas que mais se aproximarem da promoção de uma interação produtiva entre os sujeitos envolvidos na ação. Em outras palavras, a melhor assistência será aquela em que se possam estabelecer ações de promoção e emancipação dos indivíduos que nela interagem, e que assim se reproduzem enquanto sujeitos sociais, mediante articulações produtivas entre os diferentes saberes que operam técnicas dirigidas aos indivíduos com aquelas que o fazem voltadas para a coletividade.

O resgate das características históricas e dos compromissos político institucionais assumidos pelo Programa Brasileiro, ao lado dos desdobramentos e conflitos que traz para a assistência, constituiu uma aproximação com o plano ético-normativo. Agora, iremos examinar qual a tradução dessas questões para o plano técnico-operativo, por meio da análise da operação do processo de trabalho em algumas unidades selecionadas.

4.3. O perfil da assistência

Para discutirmos o perfil geral da assistência ambulatorial nos serviços públicos de assistência à aids, tomaremos por base um estudo²⁰ qualitativo, realizado em 1998, em cinco unidades selecionadas entre as 27 que ora estamos avaliando. Estas unidades foram escolhidas em virtude de serem reconhecidas como serviços de boa qualidade quanto a características básicas de estrutura e processo, mensuradas por intermédio

²⁰ O material que será discutido nesse tópico foi originalmente produzido, na qualidade de relatório de pesquisa, por CASTANHEIRA, E.R.L., CAPOZZOLO, A.A. & NEMES, M.I.B., sob o título “Características tecnológicas do processo de trabalho em serviços de saúde selecionados”. Posteriormente, foi divulgado por intermédio da publicação BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos do estado de São Paulo*, CN DST/Aids, Brasília, 2000.

de avaliação prévia destes parâmetros e ratificados, à época, pela equipe gestora do Programa Estadual de DST e Aids.

Reconhecer o processo de trabalho²¹ em serviços “bons” - sem problemas graves em relação à falta de recursos humanos ou materiais e com acesso regular aos insumos básicos para um bom tratamento (medicamentos e exames) – representa uma estratégia para “pôr em destaque” outras características importantes na qualificação dos serviços que não essas imediatamente mais “básicas” para a realização de um bom trabalho. Isso significa uma estratégia para investigar, em condições favoráveis, como se opera a assistência, quais as relações que se estabelecem em sua dinâmica interna, e que características tecnológicas elas possuem, de modo a traçar um perfil geral do trabalho realizado na assistência ambulatorial em unidades do estado de São Paulo²².

Este perfil pode, assim, ser tomado como o “padrão tecnológico” do modo como a assistência era operada em 1998, tendo em vista um modelo mais abstrato de operação dos serviços e que pudesse representá-los genericamente. Além disso, considerando a eleição intencional de serviços avaliados como “bons”, podemos tomar o modelo construído como representando tanto o “mais freqüente”, porque se reitera em todos, apesar das diferenças concretas entre eles, como, também, o “melhor possível”, em relação ao modo de organizar e operar o processo de trabalho, considerando-se as dificuldades e obstáculos anteriormente discutidos para efetivação dos propósitos do Programa em práticas concretas.

A articulação entre os pressupostos ético-normativos reconhecidos na “teoria do programa” e o perfil tecnológico que estaremos caracterizando a seguir, será utilizada na construção de parâmetros para a avaliação da

²¹ Foram realizadas 52 entrevistas semi-estruturadas com profissionais diretamente inseridos nas atividades de rotina dos ambulatorios e com a gerência local. Foram observados todos os momentos da assistência – da recepção à dispensação dos medicamentos – com a observação direta de 85 consultas médicas.

²² As cinco unidades estudadas estavam localizadas em quatro municípios de diferentes regiões - capital, grande São Paulo, baixada santista e interior do estado -, possuindo características distintas quanto à estrutura organizacional. Foram contemplados serviços exclusivamente dedicados à aids e serviços inseridos em ambulatorios com diversas outras especialidades, serviços com equipes de tamanho e composição diferentes e com uma clientela também de tamanho diverso.

qualidade da assistência. Pode-se considerar que a caracterização de um perfil tecnológico é parte inicial do processo avaliativo, uma vez que este “padrão” será analisado por referência ao projeto proposto pelo Programa, mas, estará sendo utilizado fundamentalmente como um passo metodológico intermediário para a avaliação dos serviços estudados.

Estamos atentos à intensa dinâmica dos serviços em suas permanentes transformações, de tal modo, que não queremos afirmar que um certo perfil de práticas, identificado em 1998, permanece exatamente como tal três anos depois. De fato, diremos que sim e que não. De um lado, podemos afirmar que alterações significativas no sentido histórico social das práticas, como, por exemplo, aquelas relativas aos valores reproduzidos, em geral se sedimentam em escala de tempo maior, sem reflexos imediatos para um perfil mais genérico da assistência. Por outro lado, será interessante, se, ao partirmos do perfil tecnológico hegemônico em 1998 como um parâmetro que orienta a avaliação, pudermos identificar deslocamentos positivos em direção às proposições éticas do Programa, ou negativos, em caso oposto, fazendo assim, desse movimento, um indicador de qualidades.

Para a caracterização do perfil tecnológico da atenção ambulatorial, vale evidenciar como se dá o processo de reconhecimento de necessidades dos usuários, em que leque de possíveis medidas este reconhecimento se traduz, e como se efetiva este processo de intervenção, evidenciando, neste conjunto, os saberes e instrumentos utilizados e o processo de interação entre os sujeitos envolvidos, profissionais e usuários.

O perfil tecnológico que estaremos caracterizando a seguir nos permite olhar para a arquitetura²³ do processo de trabalho em ambulatórios de DST/aids, enquanto resultado da construção histórica do Programa no estado de São Paulo até o final dos anos 90.

²³Arquitetura no sentido tanto de organização criativa de espaços de circulação, como no de conjunto de normas e técnicas utilizadas para criar o espaço arquitetônico. Ver definições em FERREIRA, A. B.H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*, Nova Fronteira, 1975.

O fluxograma assistencial

Uma primeira aproximação em relação às características que se mostraram comuns, e recorrentes, pode ser representada pela arquitetura expressa em seu fluxograma assistencial. Queremos nos referir, aqui, à possibilidade de visualizarmos qual a disposição dos agentes no desenho assistencial, qual a função que assumem, que possíveis ligações estabelecem entre si, e quais possibilidades de caminho podem ser percorridas, com maior frequência, pelos usuários. Por isso, inserimos na representação gráfica (Figura 1) os profissionais que costumam atuar em cada um dos momentos assistenciais considerados nessa montagem, sempre que já não estivesse explícito pelo tipo de ação.

Além do fluxo, queremos diferenciar graficamente os momentos do trabalho que apresentam tecnologias “próprias” - direcionadas para a assistência à aids, e que por isso estão assinaladas com o logotipo que internacionalmente representa as ações desse Programa.

O momento do diagnóstico, quando realizado em serviços de CTA/COAS, é constituído por um conjunto de práticas de orientação e aconselhamento especialmente desenvolvidas para a abordagem de indivíduos e grupos populacionais em situação de maior risco e/ou vulnerabilidade diferenciada à infecção. Essas atividades não foram objeto de nossa investigação por não se caracterizarem como ações que integram o processo de trabalho desenvolvido nos ambulatórios, mesmo quando partilham a mesma estrutura física, e, ainda, porque este trabalho possui dinâmica e tecnologias específicas, que não foram alvo de avaliação. Vale assinalar, no entanto, a especificidade técnica dessa atividade e sua importância na orientação e captação da demanda potencial para os ambulatórios. As práticas de aconselhamento desenvolvidas nesses serviços ainda não encontram um paralelo desejável na rede básica, o que diferencia muito a qualidade do processo diagnóstico realizada. Esta qualidade tem repercussões identificáveis na porta de entrada dos ambulatórios, na forma como os usuários chegam para dar início a seu processo de acompanhamento, com impacto sobre a assimilação do diagnóstico e a

adesão ao tratamento. No mais das vezes, os pacientes que fizeram o diagnóstico em serviços que não realizam aconselhamento chegam despreparados, ou mesmo com absoluta ignorância sobre o motivo que os levou ao serviço, conforme atestaram muitos dos entrevistados.

De acordo com o previsto na proposta para montagem de Serviços de Assistência Especializada (SAE), as equipes são multiprofissionais, com uma composição que varia, em quantidade e diversidade, entre enfermeiras e auxiliares de enfermagem, médicos, dentistas, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos, além de outros profissionais que trabalham na retaguarda como especialistas com composição variável, de acordo com as características da estrutura de cada serviço (BRASIL, M.S., 2000e). Podemos dizer, assim, que o trabalho multiprofissional representa uma proposição programática na assistência à aids, o que equivale à identificação de necessidades de intervenção que requerem uma abordagem complexa, na qual contribuam diferentes saberes e técnicas. Vejamos como essa proposição se traduz em tecnologias.

A disposição espacial dos profissionais no fluxograma procura caracterizar sua distribuição ao longo do processo assistencial, desde a chegada do paciente, mantendo-se no centro em espaço circular o núcleo central de atividades que compõem o seguimento. No limite inferior do fluxograma, estão colocadas as atividades que dão apoio e sustentação ao acompanhamento, utilizadas de modo recorrente ao longo de seguimento.

O fluxograma, representado a seguir, será discutido por meio da caracterização de cada um de seus componentes.

Figura 1: Representação gráfica do perfil tecnológico da assistência ambulatorial à adis em serviços públicos do estado de São Paulo, conforme fluxograma assistencial.

Recepção

“Porta de entrada” do serviço tem como objetivo dar informações e orientar o fluxo. Em geral, é realizada em um balcão aberto, onde se atende ao conjunto diversificado de demandas que chegam na unidade – informações sobre sorologia, atendimentos marcados, atendimentos extras, resultados de exames, e outros. Geralmente, é feita por profissionais administrativos ou, com menor frequência, por auxiliares de enfermagem. Tende a ser assumida como uma função burocrática, com a finalidade de administração de normas e rotinas predefinidas.

Primeiro atendimento

A partir do diagnóstico²⁴ realizado em outras unidades de saúde ou no CTA/COAS, o paciente é recebido por um profissional administrativo (ou auxiliar de enfermagem nas equipes menores) que o encaminha para um primeiro atendimento, no mesmo dia, com um profissional da equipe multidisciplinar – enfermeiro, assistente social ou psicólogo, eventualmente, médico.

Nesse primeiro atendimento, é feita uma avaliação de diferentes aspectos relacionados à aids, especialmente: as condições em que se deu o diagnóstico e seu impacto para o paciente; qual o conhecimento prévio sobre a doença; as possíveis formas de exposição; a situação em relação à parceria sexual, e a existência de demandas clínicas ou sociais mais imediatas. Alguns serviços observados avaliam também a área de moradia, encaminhando para outro ambulatório segundo critérios de regionalização. Uma vez caracterizado o caso, o usuário é orientado sobre o funcionamento da unidade e encaminhado para a matrícula. Valoriza-se muito a existência ou não de sintomas e a solicitação de exames antes do primeiro atendimento médico. É realizado o agendamento da primeira consulta, com tempo variado de espera, de uma semana a um mês. Em serviços maiores,

²⁴Em geral, o ambulatório recebe os pacientes já com diagnóstico confirmado por dois exames sorológicos, tal como preconizado pelo Programa (Portaria SVS/MS 488/98); caso contrário, realiza o exame confirmatório antes de introduzir o paciente na rotina da unidade. Esse exame deve ser precedido de aconselhamento individual, tal como se dá nos CTA.

uma primeira consulta médica pode ser realizada no mesmo dia, após o acolhimento por outro profissional, com a finalidade de avaliar as condições clínicas. Mesmo onde o atendimento médico não é realizado no mesmo dia como rotina, sempre é possível, para os pacientes com queixa, passar por consulta médica.

Esse primeiro atendimento pode ser caracterizado como um “acolhimento”,²⁵ por causa de seu significado central ser o de receber e “dar ouvidos”, a quem, em geral, está ainda se adaptando e procurando entender o que representa viver com HIV/aids. Este acolhimento dos casos novos — trabalho inespecífico por referência à formação profissional de quem o realiza, já que pode ser executado por qualquer dos profissionais da equipe — tem grande especificidade em relação à assistência à aids. Ainda que não represente uma tecnologia criada nesse campo assistencial, possui, conforme o conjunto de características descritas, conteúdos programáticos específicos e pode ser reconhecido como uma tecnologia da assistência ambulatorial à aids.

Seguimento ambulatorial

Uma vez inscrito no Programa, o paciente tende a ser acompanhado mediante uma rotina ambulatorial nucleada nas consultas médicas e no trabalho da enfermagem.

Passado o primeiro atendimento, os demais profissionais da equipe tendem a se deslocar do eixo central de acompanhamento dos pacientes, assumindo o papel de uma equipe de apoio, requisitada conforme essa necessidade seja sentida segundo avaliação do médico ou por demanda espontânea dos pacientes.

²⁵ O acolhimento vem sendo discutido como estratégia de recepção de pacientes na rede pública de atenção primária e tem assumido diferentes significados nesse processo. Acolher significa receber bem, abrigar, e para a recepção dos serviços de saúde ouvir, dialogar em torno da demanda e dar encaminhamentos responsivos e, sempre que possível, resolutivos. Em algumas situações concretas, tem sido confundido com atendimento assistencial, pronto e imediato à demanda, suprimindo-se a concepção de relação dialogada e aproximando-se mais do modelo do pronto atendimento médico.

Os auxiliares de enfermagem geralmente têm o conteúdo do trabalho restrito à aferição de sinais vitais na pré-consulta, e à marcação de exames, retornos e encaminhamentos, na pós-consulta. Desenvolvem atribuições técnicas pontuais e relativamente específicas por referência à formação profissional, mas sem especificidade em relação ao cuidado com pacientes com HIV/aids. A pré-consulta nem sempre é realizada.

Chama a atenção a evidente centralização do trabalho médico para o seguimento ambulatorial, em contraste com o deslocamento dos demais profissionais envolvidos na assistência. Por outro lado, também merece destaque a complexidade técnica da assistência médica evidenciada por meio da institucionalização de normas técnicas para diagnóstico e tratamento de aids, padronizadas segundo o Consenso Brasileiro, e pela valorização da participação dos médicos em diferentes tipos de reuniões e/ou congressos para atualizações terapêuticas, vistos como necessários para um acompanhamento adequado dos portadores de HIV/aids. Nesse sentido, o médico realiza um trabalho com grande especificidade técnica.

O trabalho da farmácia com os pacientes tende a restringir-se à dispensação de medicamentos sem orientações quanto à posologia, administração ou identificação dos medicamentos. É feito um controle cuidadoso da retirada de medicamentos por paciente, sendo este registro a atividade valorizada como mais importante pelo pessoal auxiliar diretamente envolvido no atendimento.

A presença de outras alternativas assistenciais durante o seguimento, além dos atendimentos individuais com o médico ou com os outros profissionais da equipe, mostrou-se bastante escassa nesse período. Apesar de alguns serviços apresentarem propostas de trabalho em grupo, estes ocorriam de uma forma restrita, sem preocupação com a capacidade de cobertura e sem estarem organicamente incorporados à rotina.

Constam como atividades de apoio ao seguimento: o atendimento de enfermagem, a possibilidade de acesso ao atendimento pelos outros profissionais da equipe, especialmente psicólogos e assistentes sociais, e o acesso ao atendimento médico “extra”, ou seja, a consultas sem

agendamento prévio. O acesso periódico aos exames utilizados como marcadores (contagem de linfócitos CD4 e Carga Viral) e aos demais exames complementares, ao lado de avaliações clínicas especializadas, compõem, com as outras atividades, uma base de apoio para o seguimento.

A consulta de enfermagem, enquanto um atendimento agendado com a enfermeira, não ocorre de rotina em nenhum dos serviços observados. Embora apareça como proposta para orientação e reforço do uso da medicação, ainda se mantém como atividade complementar que não é oferecida de rotina a todos os pacientes. Além da participação freqüente no momento da inscrição, as enfermeiras integram-se ao fluxo de atendimento dos pacientes que comparecem sem agendamento, os "extras" ou "fora de dia", e dão cobertura ao trabalho dos auxiliares na realização das prés e pós-consultas.

Na qualidade de equipe de apoio, os diferentes profissionais tendem a reassumir sua especificidade profissional, assim como a enfermeira; o psicólogo faz psicoterapias individuais ou grupais, ao passo que o assistente social realiza orientação de direitos civis, como acesso a cestas básicas ou vales-transporte, e direitos previdenciários e trabalhistas, entre outras atividades de apoio social.

Ainda que este tipo de oferta assistencial possa parecer pouco inovador do ponto de vista tecnológico, pois basicamente mantém o conteúdo do trabalho de cada profissional dentro dos limites de sua formação, ele é coerente com os compromissos assistenciais do Programa. Se não há inovação tecnológica nas abordagens realizadas por profissionais como o psicólogo e o assistente social – o que se coloca como uma questão a ser melhor investigada – certamente, a presença desses profissionais se apresenta como uma alternativa de atenção, com sentido de integralidade, a necessidades sentidas pelos que vivem com HIV/aids.

O conjunto dessas abordagens está centrado no cuidado ao indivíduo, o que corresponde, a princípio, a uma parte importante dos compromissos programáticos. Resta saber em que medida esses atendimentos individuais têm conseguido utilizar o conhecimento e o instrumental técnico disponíveis

em cada área para avançar mais radicalmente, por meio da individualização máxima do cuidado ao sofrimento de cada um, o resgate da dimensão em que cada um é também ser humano genérico, representante de seu tempo e momento histórico, mediante a promoção de sujeitos - cidadãos.

A observação do trabalho dos profissionais colocados no eixo central da assistência – o médico e a enfermagem –, e a fala dos diferentes profissionais sobre o trabalho em equipe podem nos dizer um pouco mais sobre o aproveitamento dessas potencialidades e sobre as carências tecnológicas que têm sido suscitadas pelo exercício cotidiano da assistência nos ambulatorios.

O trabalho médico

Vejamos qual o “padrão” de atendimento, enquanto perfil observável com maior frequência, que pudemos identificar em relação ao trabalho médico. Atente-se para o fato de que, embora as observações tenham sido realizadas por profissionais médicos, não se tratava de uma avaliação da qualidade técnica e sim, do reconhecimento do processo de operação do trabalho. Nesse sentido, procurou-se caracterizar as consultas médicas em relação:

- ✓ à rotina de procedimentos – registro em prontuário, anamnese, exame físico;
- ✓ ao tipo de interação dos profissionais com os pacientes – vínculo, escuta;
- ✓ à amplitude da abordagem – inclusão de aspectos mais amplos que o estritamente biológico, como os relativos à esfera emocional, e a dimensões de caráter individual e coletivo/social, como sexualidade, cuidados com os parceiros, trabalho e outros;
- ✓ ao conteúdo das orientações oferecidas, sobretudo, em relação aos anti-retrovirais - linguagem utilizada, adequações ao estilo de vida dos pacientes, etc.

A partir dos critérios apresentados, identificou-se como perfil hegemônico do atendimento médico aquele que mais vezes se reiterou nas

observações realizadas nos diferentes serviços, e que será então considerado como aquele que melhor representa o perfil tecnológico do trabalho médico no período.

Este perfil equivale a um padrão intermediário entre os diferentes tipos observados. Caracteriza-se por consultas onde a abordagem é realizada por meio de anamnese, exame físico e registros dirigidos, com valorização dos aspectos biológicos e secundarização de outros aspectos, tomados como “não-objetivos” e “pessoais”. Mesmo quando a abordagem do médico é afetiva e simpática, há pouco espaço para o paciente falar de seus sentimentos e dificuldades. Não se aborda de modo sistemático o uso de preservativos, a sexualidade ou as relações com os companheiros, as dificuldades dos pacientes em aceitarem o tratamento, o sofrimento com a doença, ou outros sofrimentos. Quando estas questões são manifestas, o médico tende a remetê-las para o atendimento psicológico.

“Paciente encaminhada de uma unidade de saúde - acabou de saber o diagnóstico de HIV+ no pré-natal.

Med.: Seu parceiro fez exame? Ele está sabendo?

Pac.: Não... (bastante abalada emocionalmente)

Med.: É difícil... Quer ajuda?

Pac.: Sim!

Med.: Então... vou te encaminhar para a psicóloga...

Termina a consulta orientando sobre os exames, a matrícula, o fluxo na unidade e como vai agendar o retorno no clínico e na ginecologia para o atendimento de pré-natal. A consulta com a psicóloga provavelmente seria conseguida no intervalo de um mês. (Dra. Antônia).”

(CASTANHEIRA et al, 2000, p. 147).

Os anti-retrovirais, ao lado dos exames de CD4 e Carga Viral, assumiram um espaço muito grande no interior da consulta médica, tornando-se, em muitas situações, o único tema sobre o qual se estabelece algum tipo de interação.

A abordagem que predomina em relação aos anti-retrovirais é formal e normativa, bem representada pela pergunta: *“Você está tomando tudo direitinho?”*; seguida da recomendação: *“Não vai esquecer que faz mal...”*

“Atendimento de um paciente que ficou 15 dias sem tomar a medicação:

Med.: Isso é ruim, não pode ficar sem tomar o remédio. Quanto tempo?

Pac.: 15 dias.

Méd.: Febre? Diarréia? Tosse? Alguma queixa hoje?

Após o exame físico, volta a abordar a questão da medicação, encerrando o atendimento com a seguinte orientação:

Med.: Não pode falhar a medicação. Você sabe disso - saiu de casa, põe o remédio no bolso. Os exames estão todos em ordem. Não vou mudar os remédios. São os mesmos. Só não pode falhar com a medicação.(Dr.Alceu)”
(Observação de triagem médica in: CASTANHEIRA et al, 2000, p. 148).

Nas entrevistas com os profissionais, fica claro o quanto a aderência parecia uma questão nova para grande parte dos trabalhadores. Ao serem questionados quanto aos possíveis fatores relacionados à não-aderência, as respostas foram praticamente unânimes em apontar características dos usuários - como condição social, drogadição, falta de acesso à informação, entre outras - sem fazerem referência a problemas ligados ao modo de assistir aos pacientes. A reflexão provocada pela entrevista parece ter levantado a questão para os muitos profissionais que ainda não estavam sensibilizados para essa dimensão do tratamento, ao menos como algo relacionado não só às características dos pacientes, mas também às características da assistência prestada.

“...(fui) leviano ... porque na minha cabeça era assim: o ganho foi tão grande, que as pessoas estão tomando os remédios corretamente. As pessoas estão tomando direitinho. Eu tinha essa fantasia, mas não estão!

...olha, o que eu consigo sentir é uma coisa muito recente, porque ...não estava atento realmente. A não ser pessoas que realmente são

arredias a medicamentos, você já vê que a pessoa tem um preconceito a respeito daquilo e que não vai tomar direito ... você sabe disto ... Mas, assim, eu tenho tentado perceber melhor esse tipo de problema mais recentemente. Realmente, não estava com a atenção voltada para isso. (Dr. Eládio).”
(CASTANHEIRA et al, 2000, p. 164).

O trabalho da enfermagem

A enfermeira é o segundo profissional mais presente na assistência ambulatorial de rotina. Na maior parte dos serviços faz uma certa “parceria” com o médico, participando da triagem para a matrícula de pacientes, reforçando eventualmente orientações médicas e realizando o atendimento dos pacientes não agendados, na forma de pré-consulta ou de consulta de enfermagem.

Em alguns serviços, a enfermeira realiza atendimento de pacientes intercalado com a consulta médica, fornecendo receitas previamente assinadas para quem veio “só pegar medicação”. Nestes casos, o critério utilizado é o de serem pacientes avaliados como clinicamente estáveis e que podem fazer um espaçamento de até 2 meses entre as consultas, como uma forma de racionalização da oferta de consultas médicas.

Em todos os serviços, existem propostas para que se implemente o atendimento pela enfermeira, como pós-consulta ou como consulta de enfermagem, especificamente para reforço das orientações em relação aos anti-retrovirais, mas, até o período observado, esse tipo de atividade não fora incorporado na rotina.

Conforme já assinalado, os auxiliares de enfermagem possuem, em geral, um papel bastante restrito, limitando-se a atividades operativas previamente definidas (como medida de sinais vitais). O conteúdo das orientações tende a ser restrito a esclarecimentos sobre os encaminhamentos, agendamentos e fluxos do serviço. Essa tendência, de não-responsabilização dos auxiliares pela transmissão de conteúdos mais técnicos, é predominante mesmo onde esses profissionais realizam a distribuição de preservativos, pois, nesse caso, a abordagem se limita a

“está precisando de camisinha?”, remetendo qualquer dúvida apresentada pelo paciente para a consulta médica.²⁶

Consideradas essas diferenças de atuação entre as enfermeiras e as auxiliares, chama a atenção, no trabalho da enfermagem como um todo, a tendência em se reproduzir algumas das principais características do padrão hegemônico das consultas médicas, predominando um atendimento com:

- ✓ centralização da abordagem em aspectos biológicos – verificação de queixas clínicas e controle de parâmetros vitais;
- ✓ baixa valorização da escuta: não abordagem e secundarização das falas espontâneas sobre sofrimentos e dificuldades para lidar com a doença e com o tratamento;
- ✓ abordagem assistemática de questões relacionadas à prevenção (como o uso de preservativos, cuidados com os parceiros, formas de exposição, autocuidado);
- ✓ dificuldades em lidar com questões da sexualidade, do emocional e do social, com tendência ao encaminhamento para o psicólogo e/ou assistente social;
- ✓ abordagem normativa do uso de anti-retrovirais e demais medicações, em geral limitada ao reforço pontual da prescrição médica.

Assinalamos, porém, que é com o pessoal auxiliar e com algumas enfermeiras que se pode observar uma maior proximidade dos pacientes, que algumas vezes os procuram espontaneamente para relatar questões e dificuldades enfrentadas no cotidiano, tais como: a alegria em ter um novo parceiro e a angústia de contar ou não sua condição sorológica. Parece haver uma maior facilidade dos pacientes em comentar fatos da vida privada com esses profissionais, inclusive, pequenas “transgressões” das prescrições e orientações médicas, que não aparecem da mesma forma durante a consulta médica.

²⁶ Um único auxiliar, por características próprias de uma determinada equipe, demonstrou capacidade e responsabilização na orientação de dúvidas apresentadas por demanda espontânea, inclusive, quanto ao uso adequado de anti-retrovirais. Este caso isolado pode ser visto como indicativo da maior potencialidade desse profissional quando habilitado para ações educativas.

“É ... às vezes eles saem e... lá (no consultório) concordam com tudo, chegam na minha sala e falam - olha, eu não vou tomar, - mas, você não falou com o médico? , - sim, mas eu não vou tomar. Então, para mim eles falam que não vão tomar, para o médico eles aceitam tudo. Eu tento conversar com eles, repasso isso para o médico. (Auxiliar de enfermagem Ana).” (CASTANHEIRA et al, 2000, p. 152).

A enfermagem acaba sendo depositária de muitas histórias, que passam pelas dificuldades com o uso da medicação e pelo relato de inúmeras situações de vida, algumas impeditivas de um tratamento adequado ou demandantes de um suporte que o próprio serviço não consegue oferecer. Na maior parte dos serviços, não há um preparo específico dos profissionais da enfermagem para lidar com pacientes portadores do HIV, nem supervisões que possam suprir essa deficiência. A falta de formação para lidar com essas questões “não previstas” faz com que nem sempre seja dada a devida importância para comentários feitos pelos pacientes durante as atividades de enfermagem, como pré ou pós-consulta, ficando as orientações por conta do “bom senso” de cada profissional.

“Ah, a gente tenta um monte de coisa. De repente, estou falando coisas que não sei de onde está vindo. Ah, não sei... De repente, estou falando, estou conversando, e quando o paciente sai falo – mas, de onde que eu tirei tudo isso? Aí, quando o paciente volta, ele fala – sabe, que o que você falou para mim, eu cheguei em casa e fiz o que você falou. Deu certo...” (Auxiliar Ana). (CASTANHEIRA et al, 2000, p.153).

O trabalho em equipe

O trabalho concretamente desenvolvido nos serviços demonstrou uma grande dificuldade para ser realizado de um modo articulado, integrando os diferentes trabalhos profissionais específicos.

A centralidade do trabalho médico e um certo deslocamento dos demais profissionais para momentos específicos, não integrados à rotina do seguimento, estão representados no fluxograma assistencial apresentado,

onde se coloca como exceção o momento inicial em que a "equipe multiprofissional" tem uma inserção bem definida no "primeiro atendimento".

Nas entrevistas, foram identificados poucos espaços coletivos para a organização do trabalho, ou seja, poucos momentos de troca sobre o conteúdo do trabalho e para a supervisão dos casos. As reuniões de equipe, com a participação de todos os profissionais, nem sempre ocorrem de forma periódica, ainda que isso se dê de forma bastante heterogênea entre os serviços. Nos serviços pequenos, muitas vezes com equipes parcialmente divididas entre os turnos de atendimento, o fluxo de informações sobre a assistência entre os profissionais é pequeno e ocorre notadamente em espaços informais. Por sua vez, serviços grandes que realizam reuniões periódicas tendem a ter dificuldades em contar com a participação de todos.

De modo diferenciado, a equipe médica tende a realizar reuniões mais sistemáticas, com ênfase em aspectos técnicos e atualizações clínicas. Os demais profissionais, nas equipes maiores, muitas vezes também se reúnem por categoria, particularmente a enfermagem, que, em geral, o faz de modo mais sistemático.

A supervisão, enquanto um acompanhamento técnico dos diferentes trabalhos, que poderia contribuir para a superação de dificuldades no trato com os pacientes e para uma maior integração interna da equipe, não vem sendo realizada de modo sistemático por nenhuma das instituições observadas.

Como resultado dessa dinâmica de pouca troca e interação em torno das ações desenvolvidas, existe um desconhecimento mútuo do trabalho entre os diferentes profissionais, ocorrendo, muitas vezes, suposições equivocadas sobre o que "o outro" realiza como atividade, por exemplo, em relação a grupos, à pós-consulta, ou mesmo em relação a atendimentos, como os realizados pelos psicólogos e assistentes sociais, especialmente por parte dos médicos.

Os dilemas do trabalho assistencial na percepção dos agentes

Algumas características da abordagem dos pacientes com HIV/aids colocam questões éticas e morais em evidência durante o processo de assistência. O fato de serem portadores de uma doença crônica, incurável e letal, que é carregada de estigmas pela associação a comportamentos de transgressão a regras socialmente aceitas, tende a provocar sentimentos difíceis de serem equacionados individualmente. A sensação de impotência diante da morte, as limitações em se evitar complicações da doença, a necessidade de aceitação de sujeitos com valores e comportamentos que são muitas vezes socialmente marginalizados, se manifestam na forma de sofrimento para os profissionais:

”... a minha preocupação era quanto tempo eu agüentaria emocionalmente lidando com esse tipo de diagnóstico....então, eu fiz dois cursos, simpósios, palestras...Então, antes de falar que eu não dou para isso, eu vou me informar, pegar toda a informação possível...Se chegar num ponto de falar que não agüento, que não tenho estrutura emocional para isso, então eu saio fora... Então, tem muito problema (trabalhar com AIDS), muito mais que eu acreditava.” (Enfermeira Linda). (*CASTANHEIRA et al, 2000, p.159*).

”...mas aquele que estava bem começava a ficar pior... Então, isso mexeu muito comigo. Eu fiquei doente, fiz uma doença psicossomática, uma retrocolite...Trabalhei isso, depois a gente vê na terapia que tem outras coisas por trás, mas, tive que trabalhar muito isso e não desisti do meu trabalho.” (Dra. Lourdes). (*CASTANHEIRA et al, 2000, p.159*).

Vários depoimentos abordaram as dificuldades para lidar com a história de vida desses pacientes, com questões relacionadas às suas opções sexuais, ao abuso de drogas, às transgressões sociais, etc., que entram em conflito com as concepções e valores próprios dos profissionais.

“o pior é que eu tento aconselhar ... Agora, tenta me imaginar, com essa cabecinha assim, aconselhando alguém. ..eu acho que vou ter que ir para uma análise... E às vezes choca ... porque assim, vai de encontro com seu lado emocional, com a sua forma de criação, vamos dizer assim. Porque, de repente, você tem uma criação antiga. Eu tive uma criação antiga, isso que é verdade. Pela minha idade, tudo. Você não tem assim ... eu, particularmente, não tenho uma cabeça muito aberta (...) Minha cabeça, às vezes, é limitada para determinadas coisas ...Assim, o relacionamento íntimo deles. Acho que isso nem seria uma coisa que faria parte da consulta. ...eles sentam aí, contam histórias cabeludas ...da vida sexual ...ele sai, na cara dele está tudo bem, mas eu viro de costas e estou em pânico.” (Enfermeira Marta). (CASTANHEIRA et al, 2000, p.161).

Sem espaço institucional para trabalharem os sentimentos e as dificuldades que o atendimento a esses pacientes provoca, os profissionais individualmente buscam “soluções de conforto”, vão aprendendo, na prática, estratégias de como lidar melhor com esses pacientes. Alguns chegam a abandonar esse tipo de trabalho por algum tempo, outros buscam apoio numa supervisão, numa terapia individual, ou mesmo identificam o trabalho com uma missão religiosa.

(...)Tive problemas, tanto é que a chefia muitas vezes quis me tirar porque comecei a sobrecarregar demais. Problema assim, eu comecei a pegar muita vibração deles, problemas deles e comecei fisicamente a ... a adoecer, sabe. E eles quiseram me tirar e eu falei que não, que não ia sair, que queria continuar. Aí, eu fui eu mesma, fui trabalhando comigo ..(...) é, sozinha, não procurei ajuda de ninguém. Aliás, procurei ajuda aqui, mas não encontrei ...na psiquiatra, e no psicólogo também,(aconselharam) que procurasse um profissional ...fora. E eu achei isso um absurdo. Eu dentro de um serviço, e o meu próprio serviço me mandando para fora. Aí, eu recebi remédios, calmantes, mas, não era calmante que eu queria. Se eu estava ouvindo, eu queria que alguém me ouvisse ..” (Auxiliar Ana). (CASTANHEIRA et al, 2000, p.161).

“... a cabeça do sujeito não é tão certa para trabalhar num programa...numa área como essa...Então, no início da especialidade, pensei que não tivesse esse tipo de background, por isso, me afastei.. depois, fiz terapia...não é uma relação médico-paciente normal..., assim, está se lidando com a vida e com a morte (...) Em canto nenhum a gente recebe formação sobre mecanismo contra-transferencial, sobre coisas que podem estar ocorrendo em situações mais delicadas. Como, por exemplo, o sofrimento do paciente (...) A gente se sente mobilizado, se sente angustiado, ...eu saio daqui parece que passou um caminhão em cima de mim,(...) me sinto cansado fisicamente sem motivo” (Dr. Eládio). (CASTANHEIRA et al, 2000, p.161).

“De repente, deu uma reviravolta na minha vida, que eu vim parar aqui dentro. Até eu entender que isso não era por acaso, demorou um pouco. (...) Então, o que acontece? Como eu pertencço à Federação Espírita, então, na Federação Espírita a gente começa ... não chega a ser uma análise, mas eu acho que é melhor até do que uma análise, se bem que eles têm os psicólogos espíritas, né?(...) eu não acredito que estou aqui por acaso. Isto é uma missão.” (Enfermeira Marta). (CASTANHEIRA et al, 2000, p. 161).

As diferentes estratégias observadas demonstram a necessidade dos profissionais de encontrar alternativas de enfrentamento para situações que trazem sofrimentos e conflitos morais, alimentando a hipótese de que o tipo de interação profissional/usuário predominante – pouca escuta, distanciamento dos pacientes – possa refletir um mecanismo de defesa em relação aos conflitos vivenciados no cotidiano do trabalho.

Como síntese do que foi apresentado até o momento sobre o perfil geral do trabalho, poderíamos, num primeiro momento, destacar como características da assistência ambulatorial à aids:

- ✓ centralidade do trabalho médico, com grande especificidade tecnológica na aplicação do conhecimento clínico;

- ✓ apoio multiprofissional, aparentemente com baixa especificidade tecnológica;
- ✓ atuação restrita e inespecífica dos auxiliares de enfermagem;
- ✓ poucos mecanismos de integração, apoio técnico e institucional à equipe.

Tratadas desta forma estas características não parecem ser particulares ao trabalho com HIV/aids, mas extensivas à boa parte da assistência a doenças crônicas, que é realizada em ambulatorios públicos. Entretanto, contrapondo-se à tendência em reiterar o modelo hegemônico, é possível identificar, tanto em tecnologias já completamente operadas, quanto nas concepções dos agentes – mesmo quando ainda não articuladas em conjuntos tecnológicos completos – algumas evidências nesse sentido. Senão, vejamos.

Apesar da adesão ao tratamento passar a se constituir como um problema de maior vulto somente a partir de 1997, após a implantação da terapia combinada, ao tempo do estudo original, em 1998, já existiam iniciativas de intervenção em curso nas unidades observadas. Atividades como: a orientação do uso de anti-retrovirais em consulta de enfermagem, para todos os casos novos e quando da mudança de esquema terapêutico; a montagem de kit de medicamentos para orientação mais detalhada; o trabalho em grupo sobre adesão; a consulta farmacêutica. Embora se constituíssem em iniciativas heterogêneas e ainda não-sistemáticas, impedindo a conformação de um “padrão”, devem ser reconhecidas como parte da capacidade dos serviços em inovar os modos de assistir à medida que surgem novas necessidades.

Nesse sentido, a disposição em promover uma maior adesão criou alternativas, em alguns serviços, para o acesso à prescrição sem a necessidade de aguardar por consulta médica. Casos sem queixas, com esquema terapêutico já estabelecido, que comparecem apenas para “pegar a receita”, podem ser atendidos pela enfermeira, que reorienta e entrega a prescrição médica previamente realizada.

Embora o controle e convocação de faltosos não fosse rotina na maior parte dos serviços, alguns já apresentavam medidas de revisão dos casos

de faltosos para uma convocação seletiva, conforme critérios clínicos, sociais e da permissão para contato, como alternativa tanto às tradicionais convocações automáticas da vigilância epidemiológica, como à total indiferença do serviço em nome da manutenção do sigilo.

Coerentemente, muitos discursos que analisamos mostram que os agentes concebem que o trabalho “deve” ser “diferente”, apontando a insuficiência das abordagens, apenas tecnicamente adequadas em termos de diagnóstico e tratamento.

Médicos reconhecem a necessidade de maior detalhamento das orientações:

“...você tem que conversar mais com o paciente, conhecer um pouco da história de vida do paciente. Se você vai dar um remédio para o paciente, você tem que saber se o paciente ... a que horas ele acorda, a que horas ele dorme, que horas ele almoça, que horas ele janta, para tentar adequar o medicamento de acordo com a melhor rotina dele, né? Para você não interferir tanto na rotina de vida do paciente. Que, por exemplo, se você dá um remédio para o cara, que ele tem que tomar de 8 em 8 horas, e o cara só acorda às 10 da manhã e aí ele dorme às 22 horas, com certeza ele não vai seguir o tratamento de acordo. Então, você vai dar um remédio que você já sabe que vai ser fadado ao insucesso. ... aí seria melhor dar um remédio de 12 em 12 horas, que aí já estaria mais próximo da rotina de vida dele.” (Dr. Vitor). (CASTANHEIRA et al, 2000, p.167).

Ou falam de questões “inusitadas”:

“E tem que resolver toda uma série de problemas da pessoa - como eu vou fazer para tomar em casa?, para tomar no trabalho?, como posso fazer, já que esse cartão é tão difícil de estar levando? , e, às vezes, você dá umas sugestões simples... Então, às vezes, tem que estar ajudando nessas partes técnicas, assim, vamos dizer - como eu faço?, onde será que eu vou guardar o remédio?, - ah, não tem algum lugar que sua mãe nunca limpa, em cima do armário, em algum canto? Você tira o rótulo, porque tem gente que vai atrás, quer ver rótulo e a pessoa não quer que saiba.” (Dra. Simone). (CASTANHEIRA et al, 2000, p.167).

Profissionais que procuram ativamente aumentar o espaço de escuta:

“ e eu crio um clima (...) então eles chegam e eu - oh, lindinho, que está acontecendo com você?, sua carinha não está boa ... -, isso escrevendo, marcando um exame. Aí, eu acabei de marcar o exame e - ah, enfermeira, sabe ... -, aí, ele vai contando. Aí, eu estou com o telefone na mão para marcar ... Aí, eu termino e ele continua, então, aí, cria aquele ambiente, entendeu? Aí, na próxima vez que ele vem, já vem e despeja tudo. Eu geralmente digo assim - está tristonho, você está querendo falar comigo, que foi lindinho, o que está acontecendo? -.olha ... menina, eles contam coisas ... - porque meu caso ... -, tem horas ...: eu deixo. Aí, tem horas que eu não sei explicar se eu sou a enfermeira, a psicóloga. Eles contam coisas cabeludas ... coisas assim que eu, chegando perto dos 50 anos, tenho que ouvir coisas dessas ...” (Enfermeira Marta). (CASTANHEIRA et al, 2000, p.153).

Procuram apoio técnico:

“...quando eu cheguei aqui a situação a nível de funcionários estava meio crítica, então, eu não cheguei a ter treinamento nenhum. Já entrei direto. Mas, eu acho que vale a experiência que você tem dos outros lugares (...) depois, eu tive um treinamento muito bom a nível de carga viral. (...) a diretoria conseguiu um médico que deu um curso, é específico de carga viral, CD4 e eu consegui pegar muito bem e esse médico, inclusive, deu as siglas que podia entrar pela internet.” (Enfermeira Marta). (CASTANHEIRA et al, 2000, p. 154).

Lutam para superar desafios morais:

“No começo foi muito difícil, porque eu comecei a ver problemas que. na realidade. nunca tinha visto. Então o começo foi difícil, eu entrei em parafuso, fiquei com a minha cabeça um pouco atrapalhada, também por conta de alguns conceitos que eu tinha...de homossexualismo,... que eu acho que sexo você faz só com seu namorado, que você não pode ter muito parceiro. Sabe, então, de repente você começa a ouvir histórias de outras

... pessoas e encontrar uma realidade, outras verdades também que não é só a sua.... eu tenho que conhecer um monte de verdades, não é só a minha, e procurar entender cada uma... ” (Auxiliar Ana). (CASTANHEIRA et al, 2000, p. 160).

E admitem que sua abordagem técnica precisa considerar o outro:

“... a impressão que eu tinha era que estava tudo bem.... que as pessoas estavam tomando bem (a medicação)... Porque, como médico, eu olho o antes, via um cenário, estou olhando agora e estou vendo outro cenário, completamente diferente, que está melhor. Então, como médico, eu imagino que as pessoas tomam o remédio. Eu não sei como que é tomar 20 comprimidos por dia, eu não sei o que é isso ...Pois é, às vezes, eu me pego tendo que tomar uma semana de antibiótico e eu fico ali, entendeu, e às vezes, é um comprimidinho de 8 em 8 horas. E está no fim e - ah, vou deixar de tomar, esse é o último dia e tal ... acabei de tomar a caixa -. Só que assim, ... essa malandragem, se é que é uma malandragem minha, vamos supor, eventualmente com o antibiótico que às vezes tenho que tomar ... Médico também é uma pessoa, eu também acabei talvez não transportando esse tipo de comportamento, que o paciente pudesse ter esse tipo de comportamento... ...(fui) leviano ...”(Dr. Eládio). (CASTANHEIRA et al, 2000, p.164).

“Primeiro assim, você trabalha com uma riqueza humana muito grande, são pessoas que têm muita história para contar. Dá para você fazer um trabalho em paralelo, não ser somente um médico, você acaba sendo um pouco psicólogo, um pouco assistente social, você acaba ajudando um pouco o paciente de outras formas que não é na atividade específica do médico. E assim, eu acho legal que você tem muito retorno do paciente, sobre história de vida, o paciente acaba lhe contando muito sobre a vida dele, problemas... o que faz, do que trabalha, se é casado, solteiro, o que gosta de fazer...então acaba que você conhece muito mais, né? e não fica aquela coisa de somente atender, ver a queixa, sintoma, fazer um exame e dar a

receita. Existe uma troca maior. ... Não gosto de fazer a receita e dizer - você vai tomar esse remédio -, geralmente, eu discuto com o paciente qual tratamento que seria melhor para ele, porque eu acho que fica mais adequado. Não é aquela coisa de você simplesmente enfiar a receita na mão do paciente, dizer - você tem que tomar isso.” (Dr. Vitor). (CASTANHEIRA et al, 2000, p.146).

E ultrapassar as especificidades profissionais:

“Porque eu acho que, no tratamento do paciente,...qualquer doença é traumatizante. Qualquer doença que te impeça de viver uma vida social normal, eu acho que te deprime. Te deixa no chão.(...) Eu andei percebendo isso. O fato dos pacientes se abrirem com a gente, veja bem, é uma coisa importante a nível dos anti-retrovirais e a nível do tratamento deles. Ele não se sente tão à vontade com a psicóloga, ou com fulano ou com beltrano ... e se sente à vontade comigo. Por quê? Eu acho que não seria só comigo se houvesse um treinamento com todas as enfermeiras, que fazem esse tipo de atendimento, para dar espaço para eles. Isso para ele é bom.” (Enfermeira Marta). (CASTANHEIRA et al, 2000, p.163).

E um arranjo tecnológico próprio tem objetivado essas potencialidades: o acolhimento dos casos novos, enquanto um tipo de atendimento com conteúdos específicos e que pode ser realizado por vários componentes da equipe multiprofissional.

Finalmente, uma questão relativa ao conteúdo da assistência, ou seja, ao que esta reconhece como objeto para intervenção, e também, à composição da equipe, e que não foi examinada no estudo original, precisa ser considerada.

Nos últimos três anos, em função da crescente feminilização da epidemia, e dos esforços relativos ao controle da transmissão vertical, a especificidade da assistência à mulher emerge como questão para o Programa. A ampliação das mulheres entre os portadores do HIV tornou mais presente nos ambulatórios a questão reprodutiva e os cuidados direcionados à saúde feminina. A presença do médico ginecologista como

parte da equipe “básica” desejável para um ambulatório, indica um esforço de resposta do Programa nesse sentido, ainda que ela em si não garanta a integralidade da atenção à mulher. Esta incorporação merece ser assinalada como uma alteração relativamente recente na composição da equipe e que, até o final dos anos 90, ainda não tinha suas atividades integradas ao fluxo de rotina, mantendo-se esse profissional, até então, como parte do “pool” de especialidades de apoio ao seguimento.

Outra questão que merece destaque diz respeito ao papel do gerente. Uma gerência mais técnica, tal como definida por CASTANHEIRA (1996) mostrou importante impacto sobre a equipe, em estudo específico sobre ambulatórios de aids (BASSO, 1999).

Na constituição das práticas de assistência ambulatorial, se entrecruzam acúmulos e representações construídos no interior de duas experiências distintas – a dos ambulatórios de especialidades e a dos programas de saúde. Nesse sentido, podemos esperar que o padrão tecnológico hoje operado nos serviços represente uma composição híbrida entre esses dois modelos, com novas alternativas de ação derivadas das proposições mais específicas do Programa de DST/Aids, resultando num modelo de “transição”. Estas são as características que serão privilegiadas nesta avaliação.

5. METODOLOGIA

5.1. Desenho metodológico

Participaram do estudo 27 unidades ambulatoriais públicas de assistência à aids. Estes serviços estão distribuídos em 22 municípios vinculados a 14 DIR(s). Desse total, 3 pertencem a estruturas universitárias,²⁷ com convênio de prestação de serviços ao SUS, 6 serviços estão diretamente ligados à Secretaria de Estado da Saúde (SES) e 18 unidades estão vinculadas às Prefeituras Municipais (SMS).

Foram utilizados três tipos de abordagem: 1) entrevistas com os responsáveis pela assistência; 2) observação do fluxo assistencial rotineiramente percorrido pelos pacientes; 3) respostas a questões estruturadas em um questionário recebido antes da realização da visita pelo entrevistador.

Os dados obtidos por meio das questões fechadas do questionário foram usados de modo descritivo e complementar aos outros instrumentos utilizados.

Com recursos aprovados pela FAPESP, no período compreendido entre dezembro de 2000 e março de 2001, foram visitadas as 27 unidades participantes do protocolo. As visitas foram realizadas por 10 pesquisadores de campo²⁸ durante um período aproximado de 8 horas (um dia útil de trabalho, conforme dinâmica de funcionamento dos diferentes serviços).

Durante a visita, foram realizadas: uma entrevista com o profissional responsável pela assistência ambulatorial (Anexo 1) e observações do fluxo assistencial segundo um roteiro predefinido (Anexo 2).

As entrevistas se iniciavam com a discussão das questões previamente respondidas pelo serviço, abordando-se, a seguir, a caracterização dos seguintes aspectos: primeiro atendimento na unidade –

²⁷ Referimo-nos, aqui, apenas àqueles serviços que são diretamente administrados pela universidade, ainda que outras unidades participantes possuam convênios com instituições de ensino e sirvam como campo de estágio para alunos de graduação e pós-graduação senso amplo.

²⁸ Todos os pesquisadores de campo compunham a equipe QualiAids, tendo participado de diferentes etapas do projeto, contribuindo, inclusive, na construção dos instrumentos.

acolhimento e fluxo assistencial; seguimento de rotina; atendimento dos “não-agendados”; trabalho em equipe e trabalho gerencial.

As observações privilegiaram os momentos assistenciais percorridos de rotina pelos pacientes: recepção (porta de entrada do serviço), sala de espera, trabalho da enfermagem (auxiliares e enfermeira), farmácia e trabalho médico. Conforme o tempo gasto na entrevista e o horário e dinâmica de funcionamento da assistência, nem sempre foi possível a observação de todos os momentos inicialmente previstos. A estratégia de campo utilizada, com visitas de 8 horas, não priorizou a observação direta do trabalho médico, que praticamente não foi realizada.

As entrevistas foram gravadas e uma síntese de seus principais pontos, juntamente com as observações realizadas durante as visitas, foram sistematizadas em relatórios pelos pesquisadores de campo.

A riqueza e a quantidade de informações obtidas foram exploradas dentro dos limites dos objetivos propostos, orientando-se os sucessivos recortes com base nos referenciais adotados, discutidos no capítulo anterior. Descrevemos, a seguir, a construção dos indicadores de avaliação da organização tecnológica do trabalho, realizada a partir da eleição de critérios de qualidade que, baseados nas características da assistência e do processo de gerenciamento, são sintetizados em indicadores, a seguir, classificados em três níveis ou padrões de qualidade²⁹.

5.2 A eleição de critérios de qualidade

Resgatando as categorias propostas por NEMES (1996), as qualidades que orientam nossa avaliação são aquelas capazes de indicar:

²⁹ Conforme DONABEDIAN, “*criteria*” significa um componente ou aspecto da estrutura, processo ou resultado que “carrega” qualidade, ou seja, que traz consigo características de qualidade. Enquanto “*standard*”, equivale a um “padrão”, ou seja, a especificação valorativa (em geral quantitativa) do critério que delimita um determinado “degrau” de qualidade reconhecido como satisfatório, definindo os limites do aceitável. E “*norm*”, como sendo aquilo que “deve ser”, o que seria “o bom” critério a ser padronizado (DONABEDIAN, 1986). Utilizaremos, de modo adaptado, a terminologia “critério”, com mesmo sentido, especificado de modo mais sintético através de indicadores, classificados em diferentes padrões, ou níveis de qualidade, do melhor para o pior, segundo os limites observados no estudo.

- ✓ a eleição de objetos de atuação coerentes com a **priorização** feita pelo Programa, ou seja, com as finalidades e objetivos pertinentes à assistência traduzidos em modos concretos de intervenção;
- ✓ a expressão dessas prioridades em conjuntos tecnológicos coerentes com a priorização realizada, garantindo **acessibilidade** das ações aos objetos eleitos, no mesmo movimento que possibilita o acesso dos usuários às ações ofertadas;
- ✓ conjuntos tecnológicos, instrumentos e saberes articulados, que atuem com **especificidade** e que estejam integrados, ou seja, **acoplados** de modo sinérgico;
- ✓ que sejam desenvolvidos por profissionais **aderidos** ao projeto, ou seja, que utilizem critérios de discriminação e **julgamento** coerentes com o Programa na **avaliação** de dilemas práticos, que em muito superam o "dever ser" previsto pelas normas programáticas, o que requer **compreensão e aceitação** de sua proposta ética e técnica; e finalmente,
- ✓ que permitam o desenvolvimento de relações dialógicas entre os sujeitos envolvidos, profissionais e usuários, num processo de **efetiva comunicação**.

Como vimos, essas categorias avaliativas propõem uma aproximação progressiva entre o plano ético normativo e o plano técnico, mas o fazem num nível ainda bastante abstrato de análise do processo de trabalho. A priorização, acessibilidade, especificidade e acoplamento, são categorias mais imediatamente relacionadas à organização tecnológica do trabalho, sua dimensão estratégica, em termos de desenho e plano de operação, enquanto o julgamento e a adesão dos agentes e a comunicação com os usuários, referem-se mais diretamente à dimensão intersubjetiva do processo de trabalho.

Dentro do recorte proposto, ao definirmos nossos instrumentos de pesquisa, privilegiamos o nível da organização do trabalho, tomado como objeto de observação e entrevista, sem uma abordagem específica das dimensões mais imediatamente relacionais, presentes apenas na medida em que se possa identificá-las através da dinâmica de operação do trabalho e

do relato dos entrevistados. Nesse sentido, categorias como a adesão ao projeto programático, os critérios de julgamento incorporados pelos agentes e a comunicação serviço-usuário, estarão limitadas em sua apreensão.

Entretanto, nesse movimento de distanciamento abstrato-teórico e reaproximação interpretativa, não podemos nos esquecer que o trabalho é uma realidade totalizadora, e que essas categorias, instrumentos teóricos de análise, se dão simultaneamente em todo o processo e de modo inseparável em cada momento do trabalho. Nesse sentido, apesar dos limites dados pelo desenho metodológico do campo, manteremos como referência o conjunto das categorias propostas pelo quadro de análise.

A escolha de qualidades se deu a partir da identificação de características positivas na organização e operação do trabalho, tão mais positivas quanto mais apresentem conjuntos tecnológicos coerentes com o projeto programático (a “teoria do programa”), conforme as categorias de avaliação apresentadas. Neste recorte, as qualidades, ou seja, os parâmetros que irão orientar a construção de indicadores e padrões, de certa forma se definem através dos próprios conjuntos tecnológicos presentes em cada serviço. Em outras palavras, as qualidades estão nas características dos instrumentos e saberes que definem cada conjunto tecnológico identificado.

Foram valorizadas as ações que:

- ✓ mantêm coerência com prioridades como: o aumento da sobrevivência e da qualidade de vida dos portadores de HIV/aids e a diminuição da transmissão, com destaque para a transmissão vertical; a promoção da cidadania e o respeito à individualidade dos sujeitos; o respeito e incentivo à constituição de canais democráticos de interlocução com os usuários;
- ✓ garantem acessibilidade dos alvos definidos através das prioridades: pacientes novos, faltosos ou com queixas (para inclusão ou resgate para o seguimento); mulheres com HIV/aids e parceiros de pacientes;
- ✓ dão especificidade às orientações na introdução dos medicamentos e para melhora da adesão; garantem sigilo; orientam os pacientes em

relação a medidas de prevenção, autocuidado e vida reprodutiva; orientam os parceiros; oferecem ações dirigidas à saúde da mulher, em especial às gestantes;

- ✓ são organizadas de modo acoplado, valorizando a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe;
- ✓ estabelecem mecanismos de capacitação profissional e formação continuada, com canais concretos de diálogo permanente sobre o trabalho, de modo a instrumentalizar os agentes em seu agir profissional;
- ✓ definem canais de diálogo com os usuários e com a população alvo organizada.

Valendo-nos do perfil da assistência traçado, escolhemos momentos do processo de trabalho que se mostraram mais sensíveis em evidenciar o “avanço” ou “atraso” da organização tecnológica operada em direção ao plano ético-normativo do programa, procurando eleger aqueles nos quais a “transição” para um modelo programático se mostrava mais crítica.

Definimos assim, a partir de sínteses sucessivas, os seguintes critérios gerais para a definição de qualidade:

- ✓ a incorporação do acolhimento como tecnologia ambulatorial usada no ingresso de pacientes novos;
- ✓ a definição de um acolhimento para os não-agendados, articulado ao atendimento médico;
- ✓ o estabelecimento de controles programáticos: contrato de sigilo, controle e contato com faltosos, critérios de abandono;
- ✓ a responsabilização pelos “pacientes difíceis”;
- ✓ a abordagem sistemática da sexualidade e vida em comum;
- ✓ a responsabilização do serviço pela atenção às gestantes;
- ✓ o enfrentamento de dilemas éticos para aconselhamento: particularmente a forma de trabalhar com o desejo de concepção;
- ✓ a presença de mecanismos de articulação do trabalho em equipe;
- ✓ a presença de um gerenciamento local integrado ao projeto técnico.

As dimensões acima citadas foram, para o empírico, desdobradas em dois conjuntos de características: assistenciais e gerenciais.

5.2.1 Características da Assistência

Em relação à assistência, foram considerados três subconjuntos de características: quanto ao fluxo e ações desenvolvidas; quanto à abordagem de temas de destaque no seguimento, e quanto ao trabalho em equipe multiprofissional, com atenção para o trabalho da enfermagem e para o trabalho médico. Estas características procuravam sistematizar o processo de trabalho desenvolvido na assistência, com ênfase nos momentos de maior relevância e nas questões que pudessem indicar a postura do serviço.

Fluxo assistencial e ações desenvolvidas:

- ✓ *Recepção* – caracterização do perfil do profissional responsável; atividades realizadas na recepção — tipo, volume, diversidade, e capacidade observada do profissional em desempenhá-las.
- ✓ *Atendimento e fluxo dos pacientes novos* – caracterização do atendimento na primeira ida ao serviço em busca de cuidado; acolhimento e fluxo assistencial oferecido para os pacientes novos; profissionais envolvidos na atividade; tempo de espera entre o acolhimento e a primeira consulta médica.
- ✓ *Fluxo e atividades de seguimento* – caracterização do fluxo assistencial e das atividades de rotina (sala de espera, pré e pós-consultas, atendimentos de enfermagem, outros); profissionais envolvidos; oportunidades assistenciais oferecidas; controle de faltosos, e critério de abandono.
- ✓ *Atendimento da Farmácia* – profissional responsável e capacitação para a função; tipo de orientação e atendimento dado aos usuários, e relação com a equipe de assistência.
- ✓ *Pacientes não-agendados* – mecanismos de acolhimento à demanda não-agendada dos pacientes em seguimento; inter-relação com o seguimento de rotina; atendimentos às intercorrências clínicas, detecção dos pacientes em abandono; discussão e orientação sobre as dificuldades para adesão ao seguimento agendado.

Questões de destaque na assistência:

- ✓ *Orientação de sexo seguro e contracepção* – caracterização dos momentos da assistência onde se faz orientação sobre sexo seguro (se restrita à orientação impessoal do uso de preservativos, se mais abrangente e com aconselhamento). Caracterizar se existe uma abordagem ativa sobre concepção e contracepção, ou se ocorre apenas por demanda, e qual a postura da equipe sobre o desejo de procriar (relatar casos, como exemplo).
- ✓ *Abordagem dos parceiros* - quando e como se abordam os cuidados na relação com o(s) parceiros(s) – a investigação sorológica, os cuidados com a reinfecção.
- ✓ *Atendimento às gestantes* – onde e como é feito o Pré-Natal; qual a interação entre o seguimento do obstetra e o do clínico ou infectologista. Como é o relacionamento com a rede básica na captação e seguimento dos casos; como é garantido o acesso ao AZT; situação da implantação do protocolo nas maternidades de referência, e cuidados no puerpério.
- ✓ *Encaminhamento dos “casos difíceis”* – caracterização dos casos que a equipe tem identificado como difíceis de manejar, que têm sido levados para discussão ou que têm mobilizado o serviço de alguma forma. Caracterizar o tipo de preocupações e de providências (Relato de casos).
- ✓ *Atendimento em grupo* - tipo de grupos existentes, temática, periodicidade, dinâmica e participantes.

O trabalho em equipe multiprofissional, com destaque para o trabalho de enfermagem e o trabalho médico

Para caracterização do trabalho em equipe, valorizamos a identificação de mecanismos de integração e de ações que representem atividades de interface (composição entre a especificidade da formação profissional e sua não-especificidade para execução de certas ações). Estaremos, também, considerando o perfil da equipe retratado na entrevista, particularmente o perfil dos profissionais médicos.

- ✓ *Trabalho em equipe* – caracterização dos mecanismos de articulação da equipe; trabalhos conjuntos entre diferentes profissionais; tipo e periodicidade de reuniões; temas tratados; ações desenvolvidas por psicólogos, assistentes sociais ou outros profissionais da equipe; dinâmica de encaminhamento entre os profissionais, e mecanismos informais de integração no serviço.
- ✓ *Trabalho da enfermagem* – descrição das atividades desenvolvidas pelo pessoal auxiliar e pela enfermeira; interação com os demais membros da equipe, e espaços próprios de articulação técnica.
- ✓ *Trabalho médico* – participação em reuniões de equipe; integração com os diferentes profissionais; e outras atividades desenvolvidas além do atendimento individual. Avaliação da ocorrência de diferentes padrões de desempenho técnico; relacionamento com a equipe e com os usuários. Espaços próprios de articulação e atualização técnica; discussões de caso. Existência de cuidados diferenciados quando da introdução e seguimento de pacientes em uso de anti-retrovirais.

5.2.2 Características do processo gerencial

A caracterização do gerenciamento foi dividida em dois subconjuntos de questões: quanto ao perfil do gerente e das ações gerenciais; quanto às articulações internas e externas e o enfrentamento de problemas. Com estas questões, se quer avaliar como o gerenciamento dá sustentação técnica, política e administrativa ao desenvolvimento da assistência, e quanto fortalece seu caráter programático.

Perfil e ações gerenciais

- ✓ *Perfil do gerente ou responsável pela assistência* - formação básica e capacitação gerencial; tempo dedicado às atividades de coordenação e experiência de trabalho com aids. Valorização da presença na unidade, acompanhando e participando das ações de assistência e do investimento no trabalho em equipe.

- ✓ *Treinamentos e Supervisões* – condições de capacitação continuada; critérios de priorização para os treinamentos, e profissionais que participaram no ano anterior. Integração e capacitação dos funcionários novos.
- ✓ *Dinâmica gerencial* – mecanismos de articulação com a equipe; ocorrência e frequência de reuniões de caráter administrativo, ou técnico-administrativo, e mecanismos usados para a tomada de decisões.
- ✓ *Avaliação da assistência e planejamento anual* – realização de avaliações periódicas da assistência; planejamento anual de atividades; participação da equipe nesse processo, e uso de dados epidemiológicos.

Articulações internas e externas, e enfrentamento de problemas

- ✓ *Articulação com organizações dos usuários* - ações realizadas em conjunto com usuários organizados, como ONG(s).
- ✓ *Encaminhamento de queixas de usuários e profissionais* - definição clara de canais para a manifestação de queixas de usuários e de trabalhadores do serviço.
- ✓ *Dificuldades gerenciais* - mecanismos utilizados no encaminhamento de problemas – articulações internas e externas, iniciativas.
- ✓ *Avaliação do gerente sobre a unidade* - avaliação geral sobre a unidade; identificação de problemas e qualidades.

Um último bloco de questões relativas à assistência, e que estão diretamente relacionadas à sua qualidade, diz respeito às condições de acesso a exames, medicamentos, consultas especializadas e retaguarda hospitalar. Sem dúvida, estes aspectos compõem a complexidade e o custo da assistência aos portadores de HIV/aids, sendo, de fato, tão importantes que falhas significativas, especialmente no acesso aos anti-retrovirais e aos exames marcadores (CD4 e CV), praticamente inviabilizam um atendimento minimamente adequado para o padrão assistencial já instaurado, dada a garantia política de acesso universal a estes recursos.

Entretanto, inclusive em função do acesso universal, essas informações, disponíveis por meio do questionário, não serão analisadas

neste trabalho. Manteremos nosso foco de avaliação sobre a organização do processo de trabalho e das tecnologias que nele se operam, considerando que, para os serviços estudados, estão dadas as condições básicas para o desenvolvimento da assistência dentro das especificações definidas pelo Programa.

O Quadro I, a seguir, ilustra o modelo de síntese utilizado para sistematizar as informações de cada unidade.

5.3 Os indicadores

Uma vez consolidadas as informações em torno dos pontos mais sensíveis para a identificação de qualidades programáticas no processo de trabalho, procurou-se nominá-las melhor, mantendo-se dois conjuntos de indicadores: os relativos à assistência e os relativos à gerência.

5.3.1. Indicadores de qualidade da assistência

☺ *Oferta ativa de um fluxo assistencial diversificado e articulado:*

- Oferta ativa de atendimentos por profissionais da equipe, além do médico.
- Oferta ativa de atenção à saúde da mulher (consulta ginecológica, orientação contraceptiva ou outros)
- Oferta ativa de alternativas assistenciais (grupo, atendimento conjunto por mais de um profissional, outros)

☺ *Especificidade na abordagem dos pacientes:*

- na recepção – discriminação e orientação da demanda:
 - domínio do fluxo e das ofertas assistenciais
 - sensibilidade para detecção de situações “especiais”
- no acolhimento dos novos: entrevista por profissional com objetivo de acolher dúvidas e angústias sobre a nova condição
- na triagem / extras – acolhimento de demandas expressas e ocultas:
 - identificação e encaminhamento de faltosos

Quadro I: Modelo para síntese dos serviços**UNIDADE No.****Entrevistados:****1. ASSISTÊNCIA****1.1 Fluxo assistencial e ações desenvolvidas**

Recepção	Acolhimento e fluxo dos pacientes novos	Fluxo e atividades de seguimento	Atendimento da farmácia	Pacientes não-agendados

1.2 Aspectos de destaque na assistência

Sexo seguro e Contracepção	Abordagem dos parceiros	Atendimento à gestante	Casos difíceis	Atendimentos em grupo

1.3 O trabalho em equipe multiprofissional, com destaque para o trabalho da enfermagem e trabalho médico

Trabalho em equipe	Enfermagem	Médico

PROCESSO GERENCIAL**2.1 Perfil e ações gerenciais**

Perfil do gerente/ responsável pelo ambulatório	Treinamentos e Supervisões	Dinâmica gerencial	Avaliação da assistência e Planejamento anual

3.1 Articulações internas e externas, e o enfrentamento de problemas

Articulação com ONG(s) locais	Reclamações dos usuários	Dificuldades gerenciais	Avaliação do gerente (ou dos entrevistados) sobre o amb.

- no seguimento:
 - abordagem/ avaliação sorológica dos parceiros
 - orientação sobre sexo seguro
 - abordagem da saúde reprodutiva para homens e mulheres
 - retornos mais breves após introdução de ARV
 - orientação detalhada na introdução / mudança de esquemas terapêuticos (pós consulta, atendimento de enfermagem ou grupo com esse objetivo)
 - apoio à adesão durante o seguimento (oferta de grupos de adesão, orientação específica dos que “buscam receitas” fora do agendamento, identificação e convocação de não-aderentes, e outros)
- na farmácia:
 - reconhecimento/ identificação dos medicamentos
 - orientação sobre o uso

☺ *Presteza no atendimento:*

- pacientes novos no serviço
- pacientes extras

☺ *Presença de mecanismos de controle programático:*

- consentimento informado para contato
- controle de faltas
- critério de abandono
- convocação (com pré-consentimento)
- registro padronizado de informações
- notificação epidemiológica com fluxo e responsabilidades bem definidas
- avaliações periódicas com uso de informações do serviço
- utilização de dados epidemiológicos da região para planejamento local

- ☺ *Assistência realizada por equipe multiprofissional:*
 - Mecanismos institucionais de articulação (reuniões técnicas, discussões de casos e outros)
 - Supervisão técnica da equipe
 - Integração dos médicos à equipe
 - Compartilhamento de decisões no encaminhamento dos casos
- ☺ *Atenção integral à gestante:*
 - articulação entre o seguimento clínico e obstétrico, mesmo que realizado em unidades diferentes
 - oferta ativa de apoio psicológico e social
 - formas alternativas de seguimento, como pré-natal em grupo;
 - garantia de acesso ao AZT por meio de fornecimento à gestante e/ou à maternidade
 - atendimento no puerpério com orientação e apoio ao aleitamento artificial.
- ☺ *Abordagem dos “pacientes difíceis”:*
 - respeito aos indivíduos e responsabilidade sobre o cuidado
 - empenho da equipe em buscar alternativas de encaminhamento (discussão dos casos, supervisão)
 - flexibilidade e revisão periódica das normas (continência com as exceções)
 - supervisão e retaguarda especializada para o tratamento de condições específicas (como drogadição e distúrbios psiquiátricos).

5.3.2 Indicadores de qualidade da gerência

Perfil do gerente (coordenação assistencial)

- ☺ Coordenador com tempo para dedicar-se à essa função
- ☺ Coordenador com capacitação na área gerencial
- ☺ Coordenador com experiência pregressa no trabalho com HIV/aids

Características da gerência

- ☺ Presença de práticas de avaliação e planejamento das ações
- ☺ Mecanismos de ouvidoria para usuários
- ☺ Canais democráticos para expressão dos profissionais (ouvidoria, fluxos ou instâncias bem definidos de encaminhamento de problemas)
- ☺ Articulação com movimento popular organizado (ONG)
- ☺ Viabilização e estímulo para capacitação e atualização técnica da equipe
- ☺ Mecanismos de articulação com a equipe (reuniões técnico-administrativas periódicas, construção conjunta de propostas)
- ☺ Mecanismos de compartilhamento de decisões gerenciais

Estes pontos foram selecionados de modo a se privilegiarem os aspectos para os quais houvesse informação disponível para a maioria dos serviços, definindo-se, assim, os que poderiam ser utilizados para a avaliação.

Os indicadores selecionados foram organizados numa planilha e aplicados a cada uma das unidades (Quadro II). Os critérios que orientaram a classificação de cada indicador em três níveis, definindo padrões de qualidade, são apresentados a seguir.

5.4 Padrões de avaliação

5.4.1. Padrões de qualidade da assistência

1. Recepção: domínio do fluxo e encaminhamento de demandas específicas.

Nível 1 – Tem domínio do fluxo e das ofertas assistenciais e sensibilidade na interpretação das demandas expressas pelos pacientes.

Nível 2 – Tem domínio do fluxo e das ofertas assistenciais.

Nível 3 – Atitude limitada à administração burocrática do fluxo.

2. Atendimento dos novos: acolhimento e consulta médica.

Nível 1 – Acolhimento por profissional de nível universitário, designado para essa função, com abordagem das principais questões relativas ao diagnóstico e apresentação das possibilidades de assistência oferecidas pelo serviço.

Nível 2 – Atendimento por profissional de nível universitário, com discussão dirigida ao encaminhamento das demandas emergentes e agendamento dos próximos atendimentos.

Nível 3 – Agendamento direto do primeiro atendimento médico, sem função de acolhimento.

3. Acesso à atenção multiprofissional a partir do 1º atendimento no serviço

Nível 1 – Oferta ativa de todas as possibilidades de assistência, com fluxo integrado, não dependente da consulta médica. “Todos os profissionais encaminham para todos”.

Nível 2 – Agendamento de rotina para alguns profissionais selecionados, particularmente dentista e ginecologista.

Nível 3 – Acesso definido com base na demanda espontânea ou limitado pela falta de profissionais.

4. Acesso à assistência ginecológica

Nível 1 - Oferta ativa de assistência ginecológica, mesmo na ausência de demanda.

Nível 2 – Oferta de atendimento ginecológico conforme demanda.

Nível 3 – Ausência desse profissional na equipe.

5. Acesso a alternativas assistenciais

Nível 1 – Oferta ativa de várias alternativas assistenciais, tais como: atendimento multiprofissional conjunto, grupos com diferentes temas e tipos de abordagem, discussões de salas de espera, entre outros.

Nível 2 – Oferta limitada de alternativas, com cobertura restrita.

Nível 3 – Ausência de oferta.

Quadro II: Planilha de avaliação da qualidade aplicada a cada unidade

Unidade:

Grupo de Qualidade:

INDICADORES	Nível 1 😊	Nível 2 😐	Nível 3 😞	Sem Informação
I. Características da assistência				
1. Recepção: domínio do fluxo e encaminhamento de demandas				
2. Atendimento dos novos: acolhimento e consulta médica				
3. Acesso à atenção multiprofissional (a partir do 1º atendimento)				
4. Acesso à assistência ginecológica				
5. Acesso a alternativas assistenciais (Ex: grupos)				
6. Dispensação de medicamentos				
7. Medidas de apoio à adesão				
8. Triagem de casos extras				
9. Abordagem dos parceiros				
10. Abordagem dos “pacientes difíceis”				
11. Abordagem sobre sexo seguro, concepção e contracepção				
12. Acesso à assistência obstétrica e a alternativas assistenciais para gestantes				
13. Controle e convocação de faltosos				
14. Avaliação dos médicos segundo a gerência / equipe				
II. Características da gerência:				
1. Perfil do gerente				
2. Mecanismos institucionais de articulação da equipe				
3. Planejamento e avaliação local				
4. Capacitação e atualização técnica da equipe				
5. Atuação do serviço junto à rede básica/ maternidade (treinamentos, integração, etc.)				
6. Encaminhamento das queixas dos usuários				
7. Articulação com organizações não governamentais				

6. Dispensação de medicamentos

Nível 1 – Orientação individualizada, com discussão detalhada do uso dos medicamentos

Nível 2 – Entrega de medicamentos com esclarecimentos sobre a receita.

Nível 3 – Entrega de medicamentos, sem nenhuma abordagem.

7. Medidas de apoio à adesão

Nível 1 – Retorno entre 7 e 15 dias após a introdução de esquema terapêutico com ARV, e oferta de atividades de apoio, como grupos de adesão.

Nível 2 – Retorno entre 7 e 15 dias após introdução de esquema com ARV.

Nível 3 – Retorno de rotina ou oferta isolada de grupo de baixa abrangência.

8. Triagem de casos extras

Nível 1 – Triagem dos extras, com acolhimento e orientação resolutiva e atendimento médico da demanda clínica.

Nível 2 – Triagem dos extras, com atendimento médico dependente de vaga ou encaminhamento para serviço de urgência.

Nível 3 – Triagem para agendamento ou encaminhamento.

9. Abordagem dos parceiros

Nível 1 - Orienta a vinda dos parceiros à unidade e oferece apoio à abordagem, retomando a questão no seguimento.

Nível 2 – Recomenda o comparecimento dos parceiros

Nível 3 – Aborda a questão apenas mediante demanda ou aborda de modo inadequado (com ameaças e pressões para convocação).

10. Abordagem dos “pacientes difíceis”

Nível 1 - São continentais e buscam alternativas de apoio e encaminhamento.

Nível 2 – Reconhecem o problema e são continentes.

Nível 3 – Não reconhecem o problema, acham que não há o que fazer ou excluem esses pacientes.

11. Abordagem sobre sexo seguro, concepção e contracepção

Nível 1 – Orientação ativa sobre sexo seguro, concepção e contracepção.

Nível 2 – Orientação sobre sexo seguro de rotina, e sobre concepção e contracepção conforme demanda.

Nível 3 – Dispensação de preservativos com orientação de uso.

12. Acesso à assistência obstétrica e a alternativas assistenciais para gestantes

Nível 1 – Oferta de Pré-natal com alternativas assistenciais diferenciadas (como grupo, atendimento conjunto de dois profissionais).

Nível 2 – Oferta de Pré-natal no ambulatório.

Nível 3 – Não fazem Pré-natal, apenas acompanhamento com infectologista.

13. Controle e convocação de faltosos

Nível 1 – Realizam controle de faltosos, fazem convocação conforme autorização prévia e têm critério de abandono.

Nível 2 – Fazem apenas controle de faltas sem convocação.

Nível 3 – Não têm nenhum controle ou têm apenas critério de abandono.

14. Avaliação dos médicos segundo a gerência / equipe

Nível 1 – Bem avaliados: boa capacidade técnica, bom relacionamento com usuários, atuam de forma integrada à equipe.

Nível 2 – Bons técnicos, com relacionamento heterogêneo com os usuários.

Nível 3 – Mal avaliados, falta de compromisso com a equipe, queixas dos usuários.

5.4.2 Características da gerência:

1. Perfil do gerente

Nível 1 - Dedicação à gerência (e assistência na mesma unidade), formação gerencial e experiência de trabalho com aids.

Nível 2 – Dedicação à gerência e experiência de trabalho com aids.

Nível 3 – Pouco tempo disponível para a função, devido a múltiplas atividades e/ou pouca disponibilidade de tempo.

2. Mecanismos institucionais de articulação da equipe

Nível 1 - Reunião periódica com a equipe completa, de caráter técnico-administrativo.

Nível 2 – Reunião periódica da equipe sem a participação dos médicos.

Nível 3 – Não fazem reuniões, ou fazem sem periodicidade.

3. Planejamento e avaliação local

Nível 1 - Planejamento local e avaliações periódicas.

Nível 2 – Planejamento local.

Nível 3 – Não fazem nem planejamento nem avaliações.

4. Capacitação e atualização técnica da equipe

Nível 1 - Participação em treinamentos e capacitações de toda a equipe, incluindo os profissionais com funções auxiliares, no último ano.

Nível 2 – Participação em treinamentos e capacitações apenas do pessoal de nível universitário.

Nível 3 – A equipe praticamente não realizou nenhum treinamento no último ano.

5. Atuação do serviço junto à rede básica / maternidade (treinamentos, integração, etc.)

Nível 1 – Atuação junto à rede local e às maternidades, visando diagnóstico e atendimento tecnicamente adequados.

Nível 2 – Disponibilizam AZT para as pacientes e têm informação sobre a assistência nas maternidades.

Nível 3 – Nenhuma.

6. Encaminhamento das queixas dos usuários

Nível 1 – Canais diferenciados para o encaminhamento de queixas, como ouvidoria, ou fóruns de representação, como conselhos gestores ou ONG.

Nível 2 – Espaços formais de encaminhamento, como caixas de sugestão ou gerência.

Nível 3 – Não tem espaço formal ou nunca recebe nenhum tipo de reclamação.

7. Articulação com organizações não-governamentais

Nível 1- Articulação com organização não-governamental que desenvolve ações dirigidas aos pacientes.

Nível 2 – Articulação com ONG.

Nível 3 – Não tem articulação.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização geral dos serviços estudados

Apresentamos, a seguir, as características gerais das 27 unidades ambulatoriais estudadas, situando-as em relação a seus contextos estruturais e organizacionais e por referência ao desenvolvimento da epidemia e da constituição do Programa de DST e Aids no estado de São Paulo.

Os 27 serviços estão distribuídos em 22 municípios, localizados em 14 diferentes regionais de saúde do Estado, abrangendo a capital, municípios da Grande São Paulo, a baixada santista e diferentes regiões do interior. Vale destacar que estes 22 municípios situam-se entre os 100 com maior número de casos notificados do Estado de São Paulo, acumulados entre os anos de 1980 e 2000 (SÃO PAULO, SES, 2001), o que lhes confere importância estratégica na avaliação da qualidade das ações assistenciais que desenvolvem.

De um modo geral, a organização inicial das atividades de assistência nos serviços estudados se deu com relativa precocidade em relação à própria estruturação do Programa estadual de DST/Aids. Entre os 27 serviços, 17 tiveram suas atividades assistenciais iniciadas entre 1983 e 1990, na primeira fase da epidemia, e os outros 10 entre 1991 e 1996, conforme exposto no Quadro III. Chama a atenção que a organização desses serviços de assistência antecedeu a introdução na rede pública dos recursos terapêuticos hoje disponíveis, tanto em termos de medicamentos específicos como do acesso aos exames utilizados como marcadores biológicos.

O primeiro medicamento específico, o AZT (Zidovudina), foi introduzido na rede pública de serviços a partir de 1991, quando passa a ser distribuído em todo país pelo Ministério da Saúde. A introdução dos inibidores de protease, compondo esquemas de terapia tripla combinada de alto impacto (HAART), que viriam a alterar drasticamente os resultados alcançados com o tratamento em termos do aumento da sobrevida, foi iniciada no Estado de São Paulo no final de 1996. Os marcadores biológicos

- quantificação e imunofenotipagem de superpopulações de linfócitos T (CD4 e CD8) e quantificação de carga viral (CV) - foram disponibilizados em laboratórios do Estado, respectivamente, a partir de 1995 e 1997 (SÃO PAULO, SES, 1998).

Note-se ainda, que a maior parte dos serviços ambulatoriais estudados iniciou suas atividades simultaneamente ao processo de estruturação do Programa de DST/Aids no estado, compondo este processo enquanto parte dos serviços públicos que respondiam às necessidades de assistência que se apresentavam, segundo a dinâmica da epidemia naquele período. A relação entre a constituição dos serviços e a necessidade de resposta à demanda fica evidenciada pela correlação entre a localização dos mesmos e a distribuição dos casos notificados no período. Os 17 serviços organizados até 1990 estão distribuídos em 13 municípios, todos colocados entre os trinta municípios de São Paulo com maior número de casos notificados até 1990 (SÃO PAULO, SES, 2001).

Este fato demonstra o forte compromisso com a assistência como uma das características que marca o Programa de DST/Aids, conforme discutido nos capítulos anteriores. Esse compromisso, política e tecnicamente assumido desde os primeiros casos, foi reforçado ao longo dos anos 80 pelo aumento progressivo da demanda assistencial por parte dos portadores de uma doença transmissível e, até então, pouco conhecida, e dentro de um cenário institucional de responsabilização progressiva dos serviços públicos pela assistência médica.

Segundo relato histórico dos serviços, o início dos primeiros atendimentos, particularmente no interior, se deu com base no trabalho de equipes simplificadas (médico e auxiliar), inseridas em serviços de "porta de entrada", como Centros de Saúde do Estado ou Ambulatórios Gerais, que procuravam responder à demanda emergente, contando, para isso, com a disponibilidade voluntária de alguns profissionais sensibilizados com os primeiros casos (CASTANHEIRA & NEMES, 2000). Os serviços da capital e os universitários logo se tornaram referência formal para o atendimento e orientação dos casos, mas, à medida que aumentavam em número e

distribuição espacial, novos serviços foram assumindo a responsabilidade por assisti-los.

Desse modo, pode-se dizer que as unidades mais antigas iniciaram suas atividades quase de modo simultâneo ao desenvolvimento e consolidação do Programa estadual, integrando o processo de constituição de uma rede pública de assistência à aids, que foi aglutinada pelo Programa por meio da articulação desses serviços em torno de diretrizes programáticas de assistência e prevenção. Nesse sentido, a municipalização da saúde nos anos 90, acabou por fortalecer uma maior articulação local em torno de um mesmo conjunto de diretrizes e normas, com a criação de vários Programas Municipais de DST/Aids, com apoio político, técnico e financeiro do Programa estadual e da Coordenação Nacional.

Outra característica relevante é a elevada heterogeneidade das estruturas assistenciais em que os ambulatórios estão inseridos (Quadro I). Entre os 27 serviços, as estruturas variam entre:

- ✓ Serviços estaduais ou municipais especializados na assistência à Aids
- ✓ Ambulatórios municipais de Moléstias Infecciosas
- ✓ Policlínicas municipais, com várias especialidades
- ✓ Ambulatórios de especialidades do Estado (NGA)
- ✓ Ambulatórios de complexos hospitalares estaduais
- ✓ Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS)

Algumas das unidades estão, ainda, inseridas em estruturas universitárias, hospitalares ou ambulatoriais, com as peculiaridades organizacionais que lhes são próprias, como: a tendência a uma maior autonomia gerencial, a presença de profissionais em formação sob supervisão, e a permanente atualização técnica exigida do serviço, entre outras.

Considerando o conjunto das unidades estudadas, podemos dizer que a heterogeneidade das estruturas assistenciais onde estão instaladas, reflete, em parte, o processo extensivo como se deu a constituição da assistência à aids em São Paulo, e guarda correspondência, nos anos 90,

Quadro III: Caracterização das 27 unidades ambulatoriais de assistência à aids ordenadas segundo ano de início das atividades e tipo atual de estrutura assistencial

UNIDADES	INICIO	ESTRUTURA ATUAL
10	1983	Amb MI
27	1983	Amb DST/Aids
18	1984	Amb DST/Aids em Policlínica
5	1985	Amb DST/Aids em Hospital
21	1986	Amb DST/Aids Universitário
14	1986	Amb MI em Hospital Universitário
20	1986	Amb DST/Aids em Hospital
13	1987	Amb DST/Aids em Policlínica
17	1987	Amb MI em Policlínica
26	1987	Amb MI em Hospital
12	1988	Amb DST/Aids em Policlínica / Univers.
8	1989	Amb de MI
11	1989	Amb DST/Aids em UBS
16	1989	Amb DST/Aids
24	1989	Amb DST/Aids em Policlínica
3	1990	Amb. de DST/Aids
15	1990	Amb DST/Aids em UBS
1	1992	Amb MI em Policlínica
4	1992	Amb de MI
9	1992	Amb MI em UBS
25	1993	Amb de DST/Aids em Hospital
7	1994	Amb DST/Aids em Policlínica
22	1994	Amb de DST/Aids
19	1995	Amb de DST/Aids
23	1995	Amb de DST/Aids
2	1996	Amb. de MI
6	1996	Amb DST/Aids em UBS

Obs: Amb de DST/Aids ou de MI, são ambulatórios exclusivamente dedicados ao cuidado de pacientes com HIV/aids ou com moléstias infecciosas, respectivamente.

com a política adotada pelo Programa Nacional, de incentivo à descentralização da assistência ambulatorial valendo-se dos equipamentos já existentes (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d). Nesse sentido, essa diversidade da estrutura assistencial pode ser considerada representativa da heterogeneidade dos serviços de assistência à aids, especialmente nas regiões com maior concentração de unidades ambulatoriais (e de casos).

Duas outras características merecem nossa atenção: o número de pacientes em acompanhamento e as modalidades assistenciais disponíveis (Quadro IV). Tomando por base as informações relativas a dois períodos distintos, 1998 e 2001, podemos ter uma idéia da dinâmica com que esses serviços têm ampliado sua clientela e modificado a oferta da assistência.

Quanto às modalidades assistenciais, o Programa estadual, em consonância com a política do Ministério, tem incentivado a implantação de alternativas que priorizem o cuidado não-hospitalar, o que pode ser feito por intermédio da oferta de 3 modalidades: os serviços de assistência especializada (SAE)³⁰, o hospital-dia (HD) e a assistência domiciliar terapêutica (ADT).

Até meados de 1998, das 27 unidades, 10 se caracterizavam por oferecer exclusivamente assistência ambulatorial. As 17 restantes ofereciam, além disso, pelo menos mais uma modalidade: 14 tinham HD e 9 ADT, sendo que 5 delas ofereciam as três modalidades assistenciais (CASTANHEIRA & NEMES, 2000). Três anos depois, diminuiu para 5 o número de unidades que ofereciam exclusivamente assistência ambulatorial, e entre as 22 restantes, 18 contavam pelo menos com HD além do ambulatório. No mesmo período, houve uma diminuição na oferta de atendimento domiciliar.

³⁰ Alguns dos serviços estudados são cadastrados no Ministério da Saúde, na qualidade de serviço ambulatorial especializado (SAE), o que significa que tiveram seus projetos assistenciais aprovados pelo Programa Nacional de DST/Aids, por sua adequação ao critério de atenção integral, ao paciente e seus familiares, por intermédio de equipe multidisciplinar. Entretanto, para este universo, o fato de ser reconhecido como um SAE, não diferencia necessariamente o projeto assistencial em relação a um outro serviço não cadastrado, nem unifica os projetos no que se refere à organização e conteúdo das ações. Por isso, serão denominados uniformemente como “ambulatórios”.

Atualmente, um total de 9 unidades oferecem acesso integrado às atividades de CTA, concentrando num mesmo serviço atividades de aconselhamento, orientação e testagem sorológica. Essa integração de acesso se dá, algumas vezes, por meio da oferta fisicamente centralizada num mesmo serviço e, outras vezes, pela acumulação das duas atividades – ambulatório e CTA - pela mesma equipe, o que ocorre com maior frequência nos serviços menores.

Em relação ao número de pacientes em acompanhamento, uma primeira questão a destacar diz respeito às dificuldades ainda existentes para a obtenção dessa informação. O dado de mais fácil acesso é o número de pacientes em uso de medicamentos anti-retrovirais, em função do controle centralizado existente sobre a medicação, o que torna essa informação acessível com base nos registros realizados pela Farmácia.³¹ Ainda assim, alguns serviços têm dificuldades em consolidar mesmo essa informação, deixando transparecer a fragilidade de seus registros e fluxos sobre dados assistenciais. A maior parte dos serviços dispõe dos dados mensais de dispensação, mas não consegue obter facilmente o total de pacientes em seguimento incluindo aqueles que não estejam em uso de anti-retrovirais.

A dificuldade de acesso a informações chama a atenção pela importância que tem o registro adequado para a avaliação das atividades de um programa. Nesse sentido, a falta de registro sistemático sobre informações básicas relacionadas com a assistência, como o número de pacientes em seguimento, aproxima esses serviços da lógica assistencial dos ambulatórios "não-programáticos", onde a importância do registro é, no máximo, relativa ao número de atendimentos realizados em função do interesse gerencial em se acompanhar a "produção" e o que ela pode representar em termos de repasse financeiro por intermédio do SUS.

³¹ Entre as unidades estudadas, poucas possuem o controle informatizado por meio do SICLOM (Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos), mas todas possuem um controle rigoroso dos medicamentos dispensados, conforme as normas do Ministério da Saúde.

Quadro IV: Caracterização das 27 unidades estudadas segundo número referido de pacientes maiores de 13 anos em uso de HAART, em 1998* e em 2001*, e o número de modalidades assistenciais atualmente oferecidas.

UNIDADES	No. Pacientes em 1998	No. Pacientes em 2001	Modalidades Assistenciais
6	43	110	Amb, HD
25	24	205	Amb, PS, CTA
12	130	243	Amb, PA, PS
2	159	287	Amb, ADT
13	195	300	Amb, CTA
1	45	320	Amb
7	65	344	Amb.
10	180	347	Amb, HD
24	119	363	Amb, HD, CTA
23	132	375	Amb, HD, ADT
15	302	378	Amb, HD
9	98	380	Amb, HD, IC, CTA
11	151	394	Amb, CTA
22	187	420	Amb, PA, PS, IC, CTA
19	256	422	Amb, HD, ADT
8	353	483	Amb, HD, CTA
20	387	500	Amb, HD, PS, IC
4	111	601	Amb, HD
3	220	613	Amb, HD
18	176	640	Amb
26	142	640	Amb, HD
5	322	745	Amb, HD, IC, PA, PS
17	131	856	Amb, HD, CTA
14	501	1000	Amb, HD, PA, IC
16	1085	2600	Amb, HD, ADT, PA
27	1535	3440	Amb, HD, ADT, CTA
21	1531	3536	Amb, HD, PA
Total de	8550	20542	

As modalidades assistenciais abreviadas são: Amb – ambulatório; HD – hospital dia; ADT – assistência domiciliar terapêutica, IC - internação convencional; PA – pronto atendimento (12 horas); PS – pronto socorro (24 horas).

* Os dados referem-se aproximadamente ao primeiro semestre de 1998, período de realização do campo da pesquisa sobre adesão, e ao primeiro semestre de 2001, quando foi realizado o campo deste trabalho, nas mesmas unidades.

Reforçando essa análise, o registro de informações de fácil obtenção, como "o primeiro atendimento do ano", antigo indicador utilizado em programas, parece não ser conhecido por parte de muitos gerentes.³²

Quanto ao número de pacientes em uso de anti-retrovirais, pode-se observar que, no primeiro semestre de 1998, havia uma distribuição entre as unidades que variava entre 24 e 1.535 pacientes adultos (com mais de 13 anos) em uso de anti-retrovirais, num total de 8.550 pacientes em seguimento. Estes mesmos serviços, três anos depois, passaram a ter um total de 20.542 pacientes adultos em uso de terapia combinada, com uma distribuição entre os serviços variando entre 110 e 3.536 pessoas em seguimento. Entre estes dois cortes transversais, houve um aumento médio de 2,4 vezes, sendo mais expressivo nas unidades que, anteriormente, tinham um menor número de pacientes.

Esse aumento rápido e significativo tem grande impacto sobre os serviços e sobre as condições concretas de estes desenvolverem uma assistência programática. Pode-se antever que o aumento de demanda se mantenha crescente nos próximos anos, mesmo contando que haja uma queda na incidência. O número de casos de HIV/aids que buscam por assistência tende a aumentar, em função das características atuais de evolução crônica da doença, relacionada ao aumento de sobrevivência, assim como, também, pelos novos casos que serão detectados tanto por infecções recentes, como pelo elevado número de pessoas já infectadas e ainda não diagnosticadas.³³

As tensões identificadas no processo de desenvolvimento de um padrão programático para uma assistência ambulatorial, tendem a se ampliar com o progressivo aumento da pressão da demanda. Este maior tensionamento, de um lado, pode favorecer a reprodução de um modelo centrado no aumento da produtividade de atos médicos, num anseio de "dar conta" da demanda nos moldes do modelo hegemônico, mas, de outro,

³² Segundo registro de discussões realizadas durante oficinas com gestores estaduais do Programa de DST/Aids.

³³ Para o ano 2000, a estimativa média do número total de indivíduos de 15-49 anos infectados pelo HIV foi calculada em cerca de 600 mil pessoas. (SZWARCOWALD, C.L. & CARVALHO, M.C., 2001).

também pode favorecer, por paroxismo, o desenvolvimento de alternativas tecnológicas mais efetivas para uma atenção calcada nos compromissos éticos e políticos construídos pelo Programa.

Como vimos, no conjunto das questões assinaladas, as unidades estudadas diferem bastante entre si, particularmente por três características: a heterogeneidade das estruturas assistenciais em que se inserem, a diversidade das modalidades assistenciais oferecidas, e a grande diferença de magnitude das clientela assistidas.

As diferenças apontadas não podem ser consideradas "em si" como "investidas" de qualidade, não representando "a priori" nem determinantes, nem indicadores de qualidade, mas, certamente, configuram contextos e complexidades distintas para a operação do trabalho, com desdobramentos para o gerenciamento e definição de estratégias de organização assistencial. Estes últimos então tomados como elementos cujas características são determinantes de qualidade.

Nesse sentido, os instrumentos de avaliação, embora levistem informações relativas à estrutura na caracterização de cada unidade, não as consideram diretamente na análise que se segue. Conforme já discutimos, o modelo de análise construído baseia-se na premissa que, a partir de certas condições básicas de funcionamento, abstrair a complexidade da estrutura pode ampliar a visibilidade de determinantes de outra natureza na qualidade dos processos de trabalho.

6.2 Avaliação da qualidade

O conjunto dos serviços

A maioria das unidades desenvolve atividades assistenciais coerentes com os pressupostos do Programa, tais como: *atendimento dos novos*, com acolhimento e rápido acesso à avaliação médica; *acesso diversificado a alternativas assistenciais* e *triagem de casos extras*, com acesso a orientações resolutivas e/ou atendimento médico quando necessário.

Por outro lado, alguns dos indicadores considerados ficaram concentrados no nível 2 de qualidade, de forma equivalente nos três grupos identificados, com a prevalência de um padrão médio para o conjunto dos serviços. Assim se deu com:

- ✓ *abordagem dos “pacientes difíceis”*: as unidades tendem a reconhecer o problema e serem continentais, mas, poucas já implementaram alternativas de apoio técnico à equipe para um melhor encaminhamento dos casos;
- ✓ *abordagem sobre sexo seguro*: é feita de forma rotineira (automatizada?), na dispensação de preservativos, mas, ainda não foi incorporada uma orientação ativa e especificamente dirigida à concepção e contracepção;
- ✓ *abordagem dos parceiros*: faz-se a recomendação para seu comparecimento, mas poucos serviços enfrentam mais ativamente esta difícil questão que envolve dilemas éticos entre o vínculo com o paciente e a necessidade de proteção dos outros sujeitos envolvidos;
- ✓ *dispensação de medicamentos*: a maioria dos serviços limita-se a entregar a medicação no balcão, com esclarecimentos pontuais, sem uma conferência mais cuidadosa acerca da compreensão do usuário quanto à identificação de cada medicamento e quanto às equivalências existentes entre o prescrito na receita e as diferentes e variáveis apresentações disponíveis;
- ✓ *avaliação dos médicos*: em grande parte das unidades, estes profissionais são considerados pelo restante da equipe como “bons técnicos”, mas, com um padrão heterogêneo, tendendo para ruim, quanto à interação com a equipe e com os usuários.

Alguns indicadores ficaram concentrados no nível 3, o pior padrão de avaliação, em um grande número de serviços, demonstrando uma dificuldade mais geral dos serviços na incorporação e organização das ações a eles relacionadas. Isto ocorreu com os seguintes indicadores:

- ✓ *recepção*: freqüentemente limitada à administração burocrática do fluxo;
- ✓ *ausência de controle e convocação de faltosos*;
- ✓ *ausência de acesso à assistência obstétrica na unidade*;

- ✓ acesso à atenção multiprofissional limitado à demanda espontânea e/ou ao encaminhamento médico.

Para os serviços como um todo, os indicadores de gerência que mostraram uma concentração diferenciada nos níveis de qualidade 1 e 2 foram:

- ✓ *capacitação e atualização técnica da equipe*: coerentemente com a política implementada pelo Programa estadual, grande parte das unidades tem realizado capacitações periódicas e atualizações para quase todos os profissionais da equipe, com destaque diferencial para os médicos. O único destaque negativo assinalado pelas unidades é a carência de capacitações para pessoal de nível médio, como auxiliares de enfermagem e auxiliares administrativos que fazem atendimento aos usuários;
- ✓ *atuação do serviço junto à rede básica/ maternidade*: a maior parte das unidades disponibiliza AZT para as gestantes e encaminha para as maternidades habilitadas para o parto; além disso, uma proporção significativa realiza capacitação da rede e/ou das maternidades de sua região.

Essas características gerenciais denotam uma boa articulação dos serviços com as políticas implementadas pelos Programas estadual e nacional, além de demonstrarem seu acerto no cumprimento de suas finalidades.

Um indicador que mostrou uma distribuição tendencialmente boa, mas ainda com muitas unidades no padrão 3 de qualidade, foi o que se refere aos *mecanismos institucionais de articulação da equipe*. Embora um número grande de unidades realize reuniões periódicas com toda a equipe, um número equivalente nunca realiza reuniões, ficando um grupo intermediário, onde estas ocorrem, sem a participação dos médicos.

Com maior concentração no padrão 2 de qualidade ficou o indicador gerencial *planejamento e avaliação local*, ou seja, grande parte das unidades realiza planejamento mas, não, avaliação. Este resultado reflete o fato de que muitas unidades, por seus compromissos formais com o Programa

estadual/ nacional, são obrigadas a realizar um planejamento anual de atividades, e, por essa razão, ele é realizado, já que muitas vezes a liberação de recursos financeiros depende do cumprimento dessa exigência. Assim, podemos questionar o provável grau de generalidade com que é realizado e a tendência a ser feito de modo centralizado e pouco participativo. A ausência de avaliações locais reforça essa preocupação.

Os indicadores gerenciais que tiveram uma maior concentração de unidades distribuídas entre os padrões 2 e 3 foram:

- ✓ *perfil do gerente*: é freqüente a não capacitação gerencial dos que assumem a função de coordenação das equipes ambulatoriais; mais freqüente ainda é a ocorrência de profissionais que assumem essa função sem dispor de tempo adequado para dedicar-se a ela;
- ✓ *encaminhamento das queixas dos usuários*: o encaminhamento de queixas por intermédio do gerente ou de caixas de sugestões, praticamente equivale à ausência de canais formais para esse encaminhamento.

Diferenciando grupos de qualidade

Os padrões construídos permitiram diferenciar as unidades em três grupos de qualidade, segundo a distribuição dos vinte e um indicadores considerados (14 relativos à assistência e 7 relacionados à gerência). As unidades aglutinadas no “grupo 1” foram aquelas reconhecidas como sendo as de melhor qualidade, por apresentarem a maior parte dos indicadores assistenciais e gerenciais no padrão 1 de qualidade, ou seja, acima do esperado conforme o perfil dos serviços. Neste sentido, este grupo é constituído pelos serviços que mais avançaram em direção aos compromissos ético-normativos que orientam o Programa, desenvolvendo práticas que indicam uma adesão mais “radical” a uma atenção ambulatorial programática.

Segundo este critério, o primeiro grupo foi composto por oito unidades - as denominadas pelos números 2, 3, 8, 10, 21, 22, 23 e 27 – que

concentram seus indicadores nos níveis 1 e 2, com predominância do nível 1, apresentando isoladamente alguns indicadores no nível 3.

Pela predominância dos padrões apresentada, os indicadores da assistência que mais diferenciaram o grupo 1 como o de melhor qualidade foram:

- ✓ *atendimento dos pacientes novos* - em função de realizarem um acolhimento individualizado e de abordagem não restrita a aspectos clínicos e epidemiológicos, associado à presteza na avaliação clínica;
- ✓ *acesso a formas alternativas de assistência* - pela diversidade e capacidade de cobertura das atividades oferecidas, tais como: diferentes grupos, atendimento individual simultâneo por profissionais de nível universitário, e discussões em grupos abertos, como os de sala de espera;
- ✓ *medidas de apoio à adesão* - retornos mais precoces após a introdução de anti-retrovirais, aliados ao acesso a medidas de apoio específico, tais como grupos sobre adesão ou atendimento individual dirigido à discussão e adequação da medicação (realizado por enfermeiro ou farmacêutico);
- ✓ *avaliação dos médicos segundo a gerência e a equipe* – metade das unidades do grupo conta com médicos bem avaliados pela gerência e/ou pela equipe como tendo boa capacidade técnica e bom relacionamento tanto com a equipe, como com os pacientes.

Assim, este grupo diferencia-se dos demais principalmente pela implementação de “tecnologias programáticas”, incorporadas ao processo assistencial. Estes “modos de assistir”, basicamente representados pelo acolhimento dos novos e pela oferta de alternativas assistenciais diferenciadas, mostram-se coerentes com as proposições do Programa, pois concretizam alternativas para uma atenção integral não centrada, exclusivamente, no acompanhamento médico e na assistência individual de conteúdo clínico. Além disso, o reconhecimento da capacidade de integração dos médicos com a equipe e de interlocução com os pacientes aponta para uma maior adesão desses profissionais aos propósitos do

Programa, se comparada ao que seria esperado do perfil mais freqüente de interação.

Em relação à gerência, as unidades do grupo 1 apresentaram, como diferenciais de qualidade:

- ✓ *perfil do gerente* - todas as unidades possuem gerentes dedicados à função, e, na maioria delas, preparados para a atividade gerencial e com experiência de trabalho com HIV/aids;
- ✓ *articulação da equipe* - são serviços que possuem mecanismos gerenciais que promovem a integração da equipe, com reuniões periódicas de todos os profissionais, inclusive, os médicos;
- ✓ *planejamento e avaliação* – são realizados periodicamente;
- ✓ *atuação junto à rede básica e/ou maternidades da região* - iniciativa gerencial que representa o compromisso de atuação e articulação com outros serviços no combate à transmissão materno-infantil, uma das prioridades atuais do Programa.

Os padrões gerenciais desse grupo indicam um perfil de atuação que dá sustentação ao desenvolvimento de alternativas assistenciais que envolvem a atenção multiprofissional, desenvolvendo-as enquanto alternativas tecnológicas, coerentemente identificadas nas características assistenciais desse grupo. Uma atuação gerencial presente, com conhecimento do objeto sobre o qual atua – o cuidado dirigido a pessoas que vivem com HIV/Aids – e sobre os mecanismos de intervenção gerencial, assume características de uma gerência que tem melhores condições para promover uma maior integração entre a organização e o conteúdo técnico das ações, potencializando seus compromissos programáticos. A presença de mecanismos de articulação da equipe, ações periódicas de planejamento e avaliação, além da atuação junto a outros serviços, podem ser considerados padrões de qualidade, neste sentido.

Como exemplo desse primeiro grupo, podemos apreciar a planilha das unidades 2 e 22, expostas ao final do capítulo.

Tomemos um exemplo mais descritivo, relativo à organização do trabalho em uma unidade do grupo 1, a partir de alguns trechos do relatório de visita à unidade.

“O paciente novo vem com atendimento agendado por telefone pelas UBS ou COAS. A recepção inicial é feita por auxiliar administrativo que dá informações gerais e orienta o atendimento no interior da unidade, composto por: plantão de acolhimento, triagem de enfermagem, atendimento agendado com diferentes profissionais.

O paciente novo é recebido em primeiro atendimento por profissional de nível universitário, para o qual se revezam por escala: psicólogo, enfermeiro e assistente social, no chamado “plantão de acolhimento”. Esse plantão também atende o paciente que chega sem agendamento prévio, desde que com diagnóstico confirmado. Nesse atendimento discute-se o processo diagnóstico, é feita a verificação de queixas, agenda-se consulta com infectologista e se oferece agendamento com outros profissionais, conforme demanda, apresenta-se a equipe e o serviço. O paciente responde um questionário com dados pessoais e autorização para contato (=folha de rosto do prontuário). A abordagem completa das questões depende do estado emocional do paciente, às vezes é completada na 1ª consulta médica.

Uma enfermeira e duas psicólogas se revezam em atividades diárias de sala de espera de aproximadamente 20 min cada. Acontecem nos dois períodos. Discutem: uso de preservativos, uso de medicamentos, leituras de exames, etc.

O acesso para atendimento tanto odontológico como ginecológico, se dá através de agendamento periódico para avaliação, mesmo na ausência de queixas.

Os pacientes em seguimento que comparecem sem estarem agendados passam por uma triagem com a enfermeira, escalada para essa finalidade. Se necessário são atendidos em consulta médica ou encaminhados para o Pronto Socorro (a unidade não possui hospital-dia).

Os profissionais entrevistados diferenciaram o plantão de acolhimento da escala de triagem, pois atendem a necessidades diferentes, ainda que ambas devam ter um caráter de acolhimento e de verificação de queixas, têm focos centrais que invertem a ordem de prioridade.

Atualmente o pré-natal de gestantes soropositivas do município é centralizado no ambulatório. Fizeram treinamento para rede para sensibilizar e orientar a realização de aconselhamento e resultado. Pretendem, a médio prazo, descentralizar o pré-

natal para as UBS(s) e manter integração simultânea com infectologista. Ainda é muito heterogênea nas UBS(s) a solicitação de sorologia. Fizeram um levantamento com as gestantes na maternidade para verificar a realização de sorologia durante o pré-natal. O resultado foi correlacionado com a unidade onde este foi realizado, mostrando grande heterogeneidade entre os serviços, com baixo número de solicitações em alguns deles. Esse mapeamento foi exposto em reunião com os ginecologistas da rede, com grande repercussão. Esperam que medidas como essa melhorem a cobertura e a qualidade das orientações.

Existe maternidade de referência na região, com protocolo ACTG076, e é disponibilizado AZT endovenoso para todas as maternidades. É o ginecologista do ambulatório que faz o parto das gestantes positivas na maternidade de referência, querem ampliar o número de ginecologistas treinados para garantir uma melhor cobertura e viabilizar a descentralização.

Realizam reuniões semanais com toda a equipe técnica de nível universitário. A enfermeira se reúne com os auxiliares uma vez por mês.

O funcionário novo é apresentado à equipe e ao serviço, e é avaliada a adequação do perfil. Fica aberta a possibilidade do funcionário novo, concursado, escolher outra unidade da prefeitura, caso não queira trabalhar com aids. Preocupam-se muito com a adequação do perfil do profissional. Se não tiver experiência anterior específica tem que ter disponibilidade e querer investir e aprender.

No início, há mais ou menos 6 anos, não tinham experiência em trabalhar com aids e nem em equipe multiprofissional. Por isso, há mais ou menos 4 anos fizeram um trabalho de supervisão com um psicólogo, externo, durante um ano e meio, para melhorar o trabalho em equipe. Com isso, acham que a equipe aprendeu a falar e a superar os problemas do dia a dia. Estão fazendo convênio com o ambulatório de Saúde Mental para atendimento individual dos profissionais.

Os médicos são bem avaliados pelo restante da equipe – têm boa relação, ouvem as questões levantadas, discutem os casos. São previstas 12 consultas/ 4h., a duração média da consulta de caso novo é de 30 min. e a de retorno é de 15 min. Quando é introduzido ARV o intervalo entre as consultas é de 15 dias (esse retorno mais curto é feito pela enfermeira).

A enfermeira e a psicóloga realizam grupo de adesão uma vez/mês, com participação aberta, abordam diferentes aspectos da vivência dos pacientes, articulando adesão a temas variados do cotidiano.

A coordenadora do Programa municipal acredita que os médicos se adaptem às exigências colocadas pela dinâmica do trabalho dessa equipe. Relata que um mesmo médico que aqui coopera e participa, em outra unidade da prefeitura tem uma postura diferente.

O diretor técnico é médico infectologista, com 30 horas semanais, e a chefia administrativa é feita por uma enfermeira, com 40 horas semanais, esta última com formação em Saúde Pública, ambos se dedicam a atividades gerenciais e de assistência direta aos pacientes.

Trata-se de uma unidade especializada em Moléstias Infecciosas, com 287 pacientes em uso de antiretrovirais, com idade de 13 anos ou mais.”

O segundo grupo de unidades, reconhecidas como “grupo 2” de qualidade, representa o perfil atualmente mais freqüente entre os serviços estudados, segundo a concentração de indicadores em padrões médios de qualidade (nível 2). Nesse sentido, não são serviços de “má qualidade”, mas, sim, os que cumprem com requisitos básicos para uma assistência ambulatorial programática, no interior do modelo de transição que vimos discutindo. Representa um modelo tensionado entre uma atenção clínica ambulatorial e a proposição de uma atenção programática, com características de ambos os modelos.

Esse grupo é formado por 11 unidades: 4, 5, 6, 9, 11, 14, 15, 16, 17,19 e 20. Os indicadores desse grupo concentram-se no padrão 2 de avaliação, ou, no máximo, se distribuem de modo equivalente entre os níveis 1 e 2, diferenciando-se do grupo 1, tanto pela menor frequência de indicadores no nível 1, como pela maior presença no nível 3. Nesse sentido, a concentração de indicadores no nível médio (2) algumas vezes diferencia o grupo em relação ao grupo 3, ou de pior qualidade, e, outras vezes, em relação ao grupo 1, coincidindo com este último em relação a alguns indicadores.

As características assistenciais que melhor diferenciam o grupo 2, são:

- ✓ *atendimento dos novos*: realizado predominantemente mediante uma triagem “ampliada”, ou seja, uma avaliação clínica que inclui aspectos de

orientação e cuidado individualizado, mas, cujo núcleo central, é a triagem para o seguimento médico, condicionando seu aprazamento;

- ✓ *medidas de apoio à adesão*: representadas basicamente pelo encurtamento do prazo para retorno após a introdução de anti-retrovirais;
- ✓ *avaliação dos médicos pela gerência e/ou pela equipe*: são considerados bons técnicos, sem avaliação ou com uma avaliação negativa sobre as características de integração com a equipe e com os usuários.

As três características apontadas mostram serviços que incorporaram cuidados diferenciados, mas ainda de modo limitado. Outros indicadores, como o acesso à atenção multiprofissional valendo-se do primeiro atendimento e o acesso a alternativas assistenciais, entre outros, mostram-se com distribuição equivalente às observadas no grupo 1.

Em relação às características gerenciais, o grupo 2 tende a apresentar uma concentração das unidades no nível médio de avaliação, com destaque para:

- ✓ planejamento local periódico, provavelmente dentro dos parâmetros exigidos pelo Programa estadual, mas, sem a realização de avaliações;
- ✓ atuação na prevenção da transmissão materno-fetal: disponibilização de AZT para as gestantes e informações sobre as maternidades de referência;
- ✓ encaminhamento de queixas dos usuários: disponibilizando espaços formais de encaminhamento, como caixas de sugestão ou encaminhamento para a gerência.

Em relação ao perfil dos gerentes, a maior parte das unidades do grupo 2 concentra-se no nível 3, ou seja, gerentes com pouco tempo disponível para dedicar-se à função. A maioria das demais unidades possui gerentes dedicados, mas, sem formação nessa área (nível 2).

Quanto à presença de mecanismos de integração da equipe, as unidades desse grupo se dividem entre as que realizam reuniões periódicas sem a participação dos médicos e as que não realizam reuniões.

Estes dois indicadores apontam para uma menor sustentação gerencial para o desenvolvimento de atividades assistenciais diferenciadas,

e são coerentes com os indicadores da assistência encontrados nesse grupo.

Como exemplo podemos observar as planilhas das unidades 5 e 9, expostas ao final do capítulo.

De modo descritivo podemos ver, abaixo, trechos do relatório de uma dessas unidades cujos indicadores correspondem ao grupo 2 de qualidade.

“A recepção é feita por 2 auxiliares de enfermagem (os únicos do ambulatório). Abrem ficha de triagem para os novos, agendam consultas, em sistema informatizado, para todos os profissionais da equipe. Após o agendamento imprimem uma filipeta com nome, data e horário do atendimento, que é entregue ao paciente. Quando o paciente chega para o atendimento agendado, entrega a filipeta no balcão e aguarda o chamado. São os funcionários da recepção que arquivam os exames, separam os CD4 e PCR baixos para convocar para o grupo de adesão, registram e separam os faltosos para o médico avaliar, retiram e devolvem os prontuários para o SAME (do complexo hospitalar), atendem o telefone e dão informações. Agendam também os encaminhamentos para especialidades no mesmo terminal (conectado ao complexo hospitalar). É também a recepção que negocia com os médicos o encaixe de pacientes faltosos que chegam sem medicação.

Quando chega um paciente novo é feita uma ficha de triagem e o mesmo é encaminhado para a enfermeira que faz aconselhamento e triagem, e solicita agendamento médico com infectologista e com ginecologista (para todas as mulheres novas no serviço).

A farmácia é comum a todo o complexo hospitalar.

Não deixam nenhum paciente sem medicação, mesmo por falta em consulta médica. É um acordo interno da equipe que “sabem que é criticável” (por reforçar que não precisa vir ao médico para ter o remédio). Faltoso sem queixa é orientado pela enfermagem (enfermeira ou auxiliar) e leva a medicação prescrita no prontuário. Tem um médico plantonista por dia para os atendimentos extras que estiverem com queixa clínica.

Realizam diversos tipos de grupo. Tem grupo de adesão mensal com a participação de toda a equipe – é feito no espaço da sala de espera e dura a manhã toda, oferecem um lanche para os pacientes. Fazem monitoramento dos pacientes através do CD4, sempre que abaixa o paciente é chamado para o grupo de adesão. Os casos em abandono também são convocados. Chamam em média 30

pacientes/mês. Fazem um grupo de co-infecção tuberculose/aids – é feito pela enfermeira e a agente de saúde. A agente faz visita domiciliar periódica até a alta da tuberculose. Fazem também grupo de gestantes.

O pré-natal pode ser feito na unidade ou na rede, em paralelo com o seguimento realizado pelo infecto.

Valorizam a equipe pequena e isolada do hospital. Discutem bastante e se conhecem bem, identificam limites de cada um. Os conflitos são tratados com o diretor, que convoca e resolve. Muitas coisas resolvem entre eles mesmos.

Os funcionários novos são recebidos pelo diretor que apresenta as particularidades desse tipo de trabalho (sigilo), fala sobre o trabalho em equipe e outros detalhes. A enfermeira reforça e completa a apresentação. O hospital tem serviço de treinamentos gerais (atualmente sobre “lavagem de mãos”).

Fazem reuniões com toda a equipe, sobre o serviço, são relativamente freqüentes, mas sem uma periodicidade padrão, em geral com intervalos superiores a um mês. Nenhuma categoria faz reuniões periódicas.

O diretor do ambulatório é referência para dúvidas (participa de muitos Congressos e sempre está muito atualizado). Identificam diferentes perfis de conduta terapêutica entre os médicos, o que estão tentando diminuir com reuniões clínicas sobre o Consenso.

O diretor demonstra dificuldades em discutir condutas com os médicos, diz que “por questões éticas não pode dizer como o médico vai atender. ”

Não tem atendimento médico dois períodos por semana. São agendados 6 pacientes por hora. O intervalo entre as consultas para pacientes com introdução de ARV se mantém de 30 dias.

O diretor técnico do ambulatório é médico com formação em Administração em Saúde, trabalha 30 horas semanais, desempenha atividades gerenciais e de assistência direta ao paciente.

Trata-se de um ambulatório especializado em aids inserido num complexo hospitalar, acompanha 745 pacientes em uso de anti-retrovirais, com mais de 13 anos.”

O grupo 3 de qualidade reúne as unidades que concentram padrões no nível 3 de qualidade, caracterizando-se, assim, por serviços que estão

abaixo do esperado. São unidades que requerem uma atuação técnico-gerencial do Programa no sentido de promovê-las ao padrão médio.

Esse grupo foi constituído por oito unidades: 1, 7, 12, 13, 18, 24, 25 e 26. Os padrões que se destacam no grupo, o fazem principalmente por referência ao observado no grupo 2, são eles:

- ✓ atendimento dos pacientes novos: se dá sem nenhuma atividade de acolhimento, com agendamento direto de consulta médica;
- ✓ acesso à atenção multiprofissional: definido exclusivamente a partir da demanda espontânea ou limitado pela falta de profissionais;
- ✓ ausência de acesso a alternativas assistenciais: em todas as unidades do grupo;
- ✓ medidas de apoio à adesão: os retornos se mantêm dentro do aprazamento de rotina na unidade, a cada 30 ou 60 dias, mesmo após a introdução de esquemas combinados de anti-retrovirais, e não existem medidas de apoio de larga abrangência entre os usuários;
- ✓ acesso à assistência obstétrica: as unidades não oferecem atendimento para o pré-natal, realizando apenas o acompanhamento clínico;
- ✓ controle e convocação de faltosos: todas as unidades do grupo não realizam nenhum controle.

O trabalho assistencial nesses serviços aproxima-se mais da assistência ambulatorial tradicional, centrada quase que exclusivamente no acompanhamento médico. A participação de outros profissionais fica limitada ao atendimento por uma outra especialidade, feita a pedido do paciente ou por sugestão do médico. Nesse sentido, não há desenvolvimento de alternativas tecnológicas que busquem uma maior integralidade nas ações, tampouco uma atuação multiprofissional mais integrada.

Três padrões gerenciais ganham destaque nesse grupo:

- ✓ perfil gerencial: concentra unidades com gerentes com pouca disponibilidade de tempo para o exercício da função, devido às inúmeras e diferentes atividades profissionais;
- ✓ mecanismos de articulação da equipe: não realizam reuniões;

- ✓ não possuem nenhum canal para encaminhamento de queixas dos usuários e/ou nunca recebem nenhuma queixa.

Há um vazio gerencial nessas unidades, coerente com a provável autonomização dos profissionais no cumprimento de suas atividades, que tendem, assim, a serem exclusivamente clínicas e individuais.

O padrão gerencial *articulação com organizações não-governamentais* mostrou baixo poder discriminatório entre as diferenças de qualidade existentes nos serviços, apresentando uma alta concentração de unidades classificadas no nível 1. Isto se deu provavelmente pela forma como foi feita a coleta da informação, centrada no apoio dado pelas ONG(s) aos pacientes e não, na articulação dos serviços com essas organizações.

Como exemplo de unidades desse grupo, podemos observar as planilhas das unidades 24 e 26.

De modo descritivo vejamos um exemplo de unidade avaliada como sendo do padrão 3 de qualidade.

“Nas duas primeiras salas – onde ficam os administrativos – funcionam as informações (muitas são remetidas para a sala da enfermagem), o arquivo e a distribuição de preservativos.

A telefonista é responsável por organizar os prontuários, pelo preenchimento das fichas de notificação epidemiológica e por encaminha-las para a Vigilância Epidemiológica (do hospital).

O paciente “suspeito”, que relata exposição a situações de risco, mas sem exame (demanda espontânea) – abre prontuário e faz entrevista individual com psicólogo no mesmo dia, agenda coleta de duas amostras e retorna em 15 dias com o mesmo profissional. Se o resultado é negativo: retorno a cada três meses no 1º. ano, a cada seis meses no 2º ano e depois anual até completar 5 anos. Esse acompanhamento é feito pelo psicólogo.

Se positivo sem sintomas: agenda exames de rotina (toxo, Lues, citomégalo, hepatite, hemograma) e agenda consulta com infecto (demora atual para caso novo, segundo a agenda da enfermagem é de 5 meses).

Se positivo com sintomas: além da rotina agendam também CD4 e CV, para adiantar, se precisar passar no médico no mesmo dia é encaminhado para o PS (que abre um outro prontuário).

Há controvérsias sobre quem dá o resultado positivo. A princípio é o psicólogo, para quem estava agendado o retorno, mas a enfermeira acha que isso é função médica. Na ausência do psicólogo, a enfermeira não dá o resultado positivo e manda vir falar com o médico outro dia.

Os pacientes faltosos são penalizados com o agendamento para o primeiro médico com vaga, porque os pacientes querem se manter com o mesmo médico, mas se faltam perdem esse direito. Consideram que essa ação desestimula as faltas que, antes destas penalizações, eram “normais”.

A farmácia é centralizada para todo o complexo. Tem 1 farmacêutico responsável só pela medicação de alto custo do programa de MI. Os funcionários que realizam a dispensação eram funcionários da cozinha, hoje terceirizada, que não sabem dar orientação. A médica infectologista entrevistada vê como consequência disso: a dispensação de medicamentos errados e um excessivo apego às regras, sem nenhuma flexibilidade de adaptação aos casos.

Relatam a inexistência de um trabalho em equipe e a ocorrência de conflitos de relacionamento entre vários profissionais, alguns com problemas também em lidar com os pacientes. Não existe um gerente, enquanto alguém que se responsabilize pelo trabalho do ambulatório de uma modo geral. Há um ano a direção do hospital definiu um coordenador médico para cada área do hospital, prevendo-se revezamento anual. Vê-se o revezamento da coordenação entre os médicos como uma forma de responsabilizar mais esses profissionais. Na prática continuam sem direção. O médico faz uma coordenação formal e a enfermeira “cuida” do dia a dia. Os médicos têm muita autonomia e horários irregulares, dão plantão na enfermaria e atendem no ambulatório. O intervalo de CM quando é introduzido ARV é de 60 dias. Não realizam grupos. Não fazem pós consulta. A orientação da medicação é feita somente pelo médico.

*A maternidade de referência é no próprio complexo hospitalar. Relatam que não têm problemas com a disponibilidade de leitos ou com as condutas médicas (a rotina de uso das medicações está bem estabelecida), mas há um despreparo muito grande da equipe auxiliar e mesmo das enfermeiras. Os leitos da maternidade são identificados como de isolamento - publicamente identificados como HIV+, pela própria enfermeira, colocando um papel na porta do quarto, o que causa muitos problemas, como, por exemplo, os funcionários da limpeza, ou até da enfermagem, não quererem entrar no quarto. Um caso recente, foi o de uma gestante que o bebê **nasceu na cama**, e a placenta ficou numa vasilha no quarto*

durante dias sem que ninguém retirasse. Acha que as pacientes que parem aqui sofrem muito (mas é a referência do município e da região).

O coordenador médico, não tem formação na área gerencial, trabalha 20 h/sem, faz atividades de gerenciamento e assistência direta.

Trata-se de uma unidade com 640 pacientes em uso de anti-retrovirais, com idade superior a 13 anos.”

Como pudemos observar nos exemplos que ilustraram cada um dos grupos de qualidade, os indicadores demonstraram sensibilidade em caracterizar diferentes conjuntos de qualidades da organização e operação do processo de trabalho e que imprimem diferentes padrões de qualidade à assistência realizada.

A distribuição e concentração dos indicadores por grupo de qualidade para o conjunto das unidades avaliadas podem ser vistas nos Quadros XI, XII e XIII.

Quadro V: Distribuição de indicadores segundo padrões de qualidade para a Unidade: 02 - Grupo de Qualidade: 1

INDICADORES	Nível 1 😊	Nível 2 😐	Nível 3 😞	Sem Informação
I. Características da assistência				
1. Recepção: domínio do fluxo e encaminhamento de demandas		X		
2. Atendimento dos novos: acolhimento e consulta médica	X			
3. Acesso à atenção multiprofissional (a partir do 1º atendimento)	X			
4. Acesso à assistência ginecológica	X			
5. Acesso a alternativas assistenciais (Ex: grupos)	X			
6. Dispensação de medicamentos	X			
7. Medidas de apoio à adesão	X			
8. Triagem de casos extras		X		
9. Abordagem dos parceiros		X		
10. Abordagem dos “pacientes difíceis”		X		
11. Abordagem sobre sexo seguro, concepção e contracepção	X			
12. Acesso à assistência obstétrica e a alternativas assistenciais para gestantes		X		
13. Controle e convocação de faltosos			X	
14. Avaliação dos médicos segundo a gerência / equipe	X			
II. Características da gerência:				
1. Perfil do gerente		X		
2. Mecanismos institucionais de articulação da equipe		X		
3. Planejamento e avaliação local		X		
4. Capacitação e atualização técnica da equipe	X			
5. Atuação do serviço junto à rede básica/ maternidades (treinamentos, integração, etc)	X			
6. Encaminhamento das queixas dos usuários		X		
7. Articulação com organizações não governamentais	X			

Quadro VI: Distribuição de indicadores segundo padrões de qualidade para a Unidade: 22 - Grupo de Qualidade: 1

INDICADORES	Nível 1 😊	Nível 2 😐	Nível 3 😞	Sem Informação
I. Características da assistência				
1. Recepção: domínio do fluxo e encaminhamento de demandas		X		
2. Atendimento dos novos: acolhimento e consulta médica	X			
3. Acesso à atenção multiprofissional (a partir do 1º atendimento)	X			
4. Acesso à assistência ginecológica	X			
5. Acesso a alternativas assistenciais (Ex: grupos)	X			
6. Dispensação de medicamentos		X		
7. Medidas de apoio à adesão	X			
8. Triagem de casos extras	X			
9. Abordagem dos parceiros	X			
10. Abordagem dos “pacientes difíceis”		X		
11. Abordagem sobre sexo seguro, concepção e contracepção		X		
12. Acesso à assistência obstétrica e a alternativas assistenciais para gestantes		X		
13. Controle e convocação de faltosos	X			
14. Avaliação dos médicos segundo a gerência / equipe		X		
II. Características da gerência:				
1. Perfil do gerente	X			
2. Mecanismos institucionais de articulação da equipe	X			
3. Planejamento e avaliação local	X			
4. Capacitação e atualização técnica da equipe		X		
5. Atuação do serviço junto à rede básica/ maternidade (treinamentos, integração, etc)	X			
6. Encaminhamento das queixas dos usuários		X		
7. Articulação com organizações não governamentais	X			

Quadro VII: Distribuição de indicadores segundo padrões de qualidade para a Unidade: 05 - Grupo de Qualidade: 2

INDICADORES	Nível 1 😊	Nível 2 😐	Nível 3 😞	Sem Informação
I. Características da assistência				
1. Recepção: domínio do fluxo e encaminhamento de demandas	X			
2. Atendimento dos novos: acolhimento e consulta médica		X		
3. Acesso à atenção multiprofissional a partir do 1º atendimento no serviço				
4. Acesso à assistência ginecológica	X			
5. Acesso a alternativas assistenciais (Ex: grupos)	X			
6. Dispensação de medicamentos			X	
7. Medidas de apoio à adesão			X	
8. Triagem de casos extras	X			
9. Abordagem dos parceiros		X		
10. Abordagem dos “pacientes difíceis”	X			
11. Abordagem sobre sexo seguro, concepção e contracepção	X			
12. Acesso à assistência obstétrica e a alternativas assistenciais para gestantes		X		
13. Controle e convocação de faltosos			X	
14. Avaliação dos médicos segundo a gerência / equipe		X		
II. Características da gerência:				
1. Perfil do gerente	X			
2. Mecanismos institucionais de articulação da equipe		X		
3. Planejamento e avaliação local			X	
4. Capacitação e atualização técnica da equipe		X		
5. Atuação do serviço junto à rede básica/ maternidades (treinamentos, integração, etc)			X	
6. Encaminhamento das queixas dos usuários		X		
7. Articulação com organizações não governamentais	X			

Quadro VIII: Distribuição de indicadores segundo padrões de qualidade para a Unidade: 09 - Grupo de Qualidade: 2

INDICADORES	Nível 1 😊	Nível 2 😐	Nível 3 ☹	Sem Informação
I. Características da assistência				
1. Recepção: domínio do fluxo e encaminhamento de demandas	X			
2. Atendimento dos novos: acolhimento e consulta médica		X		
3. Acesso à atenção multiprofissional (a partir do 1º atendimento)			X	
4. Acesso à assistência ginecológica			X	
5. Acesso à alternativas assistenciais (Ex: grupos)	X			
6. Dispensação de medicamentos			X	
7. Medidas de apoio à adesão		X		
8. Triagem de casos extras		X		
9. Abordagem dos parceiros	X			
10. Abordagem dos “pacientes difíceis”		X		
11. Abordagem sobre sexo seguro, concepção e contracepção	X			
12. Acesso à assistência obstétrica e a alternativas assistenciais para gestantes	X			
13. Controle e convocação de faltosos		X		
14. Avaliação dos médicos segundo a gerência / equipe	X			
II. Características da gerência:				
8. Perfil do gerente		X		
9. Mecanismos institucionais de articulação da equipe	X			
10. Planejamento e avaliação local	X			
11. Capacitação e atualização técnica da equipe		X		
12. Atuação do serviço junto à rede básica/ maternidade (treinamentos, integração, etc)		X		
13. Encaminhamento das queixas dos usuários		X		
14. Articulação com organizações não governamentais	X			

Quadro IX. Distribuição de indicadores segundo padrões de qualidade para a Unidade: 24 - Grupo de Qualidade: 3

INDICADORES	Nível 1 😊	Nível 2 😐	Nível 3 😞	Sem Informação
I. Características da assistência				
15.Recepção: domínio do fluxo e encaminhamento de demandas		X		
16.Atendimento dos novos: acolhimento e consulta médica			X	
17.Acesso à atenção multiprofissional (a partir do 1º atendimento)			X	
18.Acesso à assistência ginecológica		X		
19.Acesso a alternativas assistenciais (Ex: grupos)			X	
20.Dispensação de medicamentos			X	
21.Medidas de apoio à adesão		X		
22.Triagem de casos extras		X		
23.Abordagem dos parceiros		X		
24.Abordagem dos “pacientes difíceis”			X	
25.Abordagem sobre sexo seguro, concepção e contracepção		X		
26.Acesso à assistência obstétrica e a alternativas assistenciais para gestantes			X	
27.Controle e convocação de faltosos			X	
28.Avaliação dos médicos segundo a gerência / equipe		X		
II. Características da gerência:				
1. Perfil do gerente			X	
2. Mecanismos institucionais de articulação da equipe			X	
3. Planejamento e avaliação local		X		
4. Capacitação e atualização técnica da equipe			X	
5. Atuação do serviço junto à rede básica/ maternidade (treinamentos, integração, etc)	X			
6. Encaminhamento das queixas dos usuários			X	
7. Articulação com organizações não governamentais		X		

Quadro X: Distribuição de indicadores segundo padrões de qualidade para a Unidade: 26 - Grupo de Qualidade: 3

INDICADORES	Nível 1 😊	Nível 2 😐	Nível 3 😞	Sem Informação
I. Características da assistência				
1. Recepção: domínio do fluxo e encaminhamento de demandas			X	
2. Atendimento dos novos: acolhimento e consulta médica			X	
3. Acesso à atenção multiprofissional (a partir do 1º atendimento)			X	
4. Acesso à assistência ginecológica		X		
5. Acesso a alternativas assistenciais (Ex: grupos)			X	
6. Dispensação de medicamentos			X	
7. Medidas de apoio à adesão			X	
8. Triagem de casos extras			X	
9. Abordagem dos parceiros		X		
10. Abordagem dos “pacientes difíceis”		X		
11. Abordagem sobre sexo seguro, concepção e contracepção		X		
12. Acesso à assistência obstétrica e a alternativas assistenciais para gestantes			X	
13. Controle e convocação de faltosos			X	
14. Avaliação dos médicos segundo a gerência / equipe			X	
II. Características da gerência:				
1. Perfil do gerente			X	
2. Mecanismos institucionais de articulação da equipe			X	
3. Planejamento e avaliação local			X	
4. Capacitação e atualização técnica da equipe			X	
5. Atuação do serviço junto à rede básica/ maternidade (treinamentos, integração, etc)			X	
6. Encaminhamento das queixas dos usuários			X	
7. Articulação com organizações não governamentais	X			

Quadro XI: Distribuição da frequência de indicadores segundo os padrões de qualidade: Grupo de Qualidade 1, com 8 unidades.

INDICADORES	Nível 1 😊	Nível 2 😐	Nível 3 😞	Sem Informação
I. Características da assistência				
1. Recepção: domínio do fluxo e encaminhamento de demandas	4	3	1	0
2. Atendimento dos novos: acolhimento e consulta médica	7	0	1	0
3. Acesso à atenção multiprofissional (a partir do 1º atendimento)	4	4	0	0
4. Acesso à assistência ginecológica	5	3	0	0
5. Acesso a alternativas assistenciais (Ex: grupos)	7	0	1	0
6. Dispensação de medicamentos	3	4	1	0
7. Medidas de apoio à adesão	6	1	1	0
8. Triagem de casos extras	4	4	0	0
9. Abordagem dos parceiros	5	3	0	0
10. Abordagem dos “pacientes difíceis”	2	6	0	0
11. Abordagem sobre sexo seguro, concepção e contracepção	3	5	0	0
12. Acesso à assistência obstétrica e a alternativas assistenciais para gestantes	2	6	0	0
13. Controle e convocação de faltosos	3	2	3	0
14. Avaliação dos médicos Segundo a gerência / equipe	4	4	0	0
II. Características da gerência:				
1. Perfil do gerente	5	3	0	0
2. Mecanismos institucionais de articulação da equipe	6	2	0	0
3. Planejamento e avaliação local	5	2	0	0
4. Capacitação e atualização técnica da equipe	7	1	0	0
5. Atuação do serviço junto à rede básica/ maternidade (treinamentos, integração, etc.)	8	0	0	0
6. Encaminhamento das queixas dos usuários	4	3	1	0
7. Articulação com organizações não-governamentais	8	0	0	0

Quadro XII: Distribuição da frequência de indicadores segundo os padrões de qualidade: Grupo de Qualidade 2 - 11 unidades.

INDICADORES	Nível 1 😊	Nível 2 😐	Nível 3 😞	Sem Informação
I. Características da assistência				
1. Recepção: domínio do fluxo e encaminhamento de demandas	4	1	5	1
2. Atendimento dos novos: acolhimento e consulta médica	4	7	0	0
3. Acesso à atenção multiprofissional (a partir do 1º atendimento)	2	5	3	1
4. Acesso à assistência ginecológica	4	3	4	0
5. Acesso a alternativas assistenciais (Ex: grupos)	5	3	3	0
6. Dispensação de medicamentos	1	6	4	0
7. Medidas de apoio à adesão	1	6	3	1
8. Triagem de casos extras	7	4	0	0
9. Abordagem dos parceiros	5	6	0	0
10. Abordagem dos “pacientes difíceis”	1	9	1	0
11. Abordagem sobre sexo seguro, concepção e contracepção	5	6	0	0
12. Acesso à assistência obstétrica e a alternativas assistenciais para gestantes	1	6	4	0
13. Controle e convocação de faltosos	5	3	3	0
14. Avaliação dos médicos segundo a gerência / equipe	2	9	0	0
II. Características da gerência:				
1. Perfil do gerente	1	4	6	0
2. Mecanismos institucionais de articulação da equipe	3	4	4	0
3. Planejamento e avaliação local	2	8	1	0
4. Capacitação e atualização técnica da equipe	4	5	2	0
5. Atuação do serviço junto à rede básica/ maternidade (treinamentos, integração, etc.)	2	7	2	0
6. Encaminhamento das queixas dos usuários	0	8	3	0
7. Articulação com organizações não-governamentais	10	1	0	0

Quadro XIII: Distribuição da frequência de indicadores segundo os padrões de qualidade: Grupo de Qualidade 3 – 8 unidades.

INDICADORES	Nível 1 😊	Nível 2 😐	Nível 3 😞	Sem Informação
I. Características da assistência				
1. Recepção: domínio do fluxo e encaminhamento de demandas	0	3	5	0
2. Atendimento dos novos: acolhimento e consulta médica	0	1	7	0
3. Acesso à atenção multiprofissional (a partir do 1º atendimento)	0	0	8	0
4. Acesso à assistência ginecológica	0	5	3	0
5. Acesso a alternativas assistenciais (Ex: grupos)	0	0	8	0
6. Dispensação de medicamentos	1	4	3	0
7. Medidas de apoio à adesão	0	2	6	0
8. Triagem de casos extras	1	5	2	0
9. Abordagem dos parceiros	0	5	2	1
10. Abordagem dos “pacientes difíceis”	0	4	3	1
11. Abordagem sobre sexo seguro, concepção e contracepção	0	7	1	0
12. Acesso à assistência obstétrica e a alternativas assistenciais para gestantes	0	1	7	0
13. Controle e convocação de faltosos	0	0	8	0
14. Avaliação dos médicos segundo a gerência / equipe	1	4	2	1
II. Características da gerência:				
1. Perfil do gerente	2	2	4	0
2. Mecanismos institucionais de articulação da equipe	2	1	5	0
3. Planejamento e avaliação local	0	5	3	0
4. Capacitação e atualização técnica da equipe	0	5	3	0
5. Atuação do serviço junto à rede básica/ maternidade (treinamentos, integração, etc.)	1	3	4	0
6. Encaminhamento das queixas dos usuários	2	0	6	0
7. Articulação com organizações não-governamentais	3	1	3	1

7. CONCLUSÕES

Quanto às características das instituições

Optamos por não considerar entre os critérios de qualidade, características que indicassem variações na complexidade da estrutura organizacional, tais como, número de pacientes acompanhados ou grau de especialização do serviço. Entretanto, ainda que deslocado do foco central da avaliação realizada, chama a atenção o fato de todos os serviços classificados no grupo de melhor qualidade (grupo 1), serem serviços com estruturas e equipes dedicadas a um mesmo conjunto de ações assistenciais, voltadas exclusivamente para o atendimento à aids ou estendida ao cuidado de moléstias infecciosas. Como procuramos “isolar” a complexidade técnica e estrutural enquanto critério de qualidade, esse resultado merece uma apreciação.

Os serviços especializados exclusivamente dedicados à assistência a portadores de HIV/aids, mesmo quando aí incluídas outras doenças infecciosas, possuem, em geral, estruturas complexas, com equipes relativamente numerosas e com uma composição diversificada de profissionais, contando com algumas especialidades de apoio e com maior capacidade de atendimento. Por outro lado, os serviços inseridos em estruturas não dedicadas à aids são bastante heterogêneos entre si, pois referem-se a serviços integrados a diferentes tipos de ambulatorios -estruturas hospitalares, policlínicas de especialidades ou unidades básicas de saúde. De todo modo, estes últimos têm em comum o fato de contarem com equipes compostas por profissionais que, em geral, possuem múltiplas responsabilidades assistenciais, não restritas ao Programa.

A partir desses dois “tipos” de serviços, segundo sua maior ou menor especificidade assistencial, podemos reconhecer algumas tendências organizacionais, conforme apresentamos no Quadro XIV.

O resultado da avaliação, ao lado das tendências identificadas podem nos oferecer algumas hipóteses explicativas. Essas tendências colocam em destaque uma questão: qual o tipo de estrutura organizacional mais adequada

a essa específica atenção programática - serviços especializados, tendencialmente mais complexos e centralizados, ou serviços inseridos numa estrutura horizontal, menos especializada e mais descentralizada?

Quadro XIV. Tendências organizacionais entre ambulatórios de assistência à aids conforme sua inserção em serviços especializados em DST/AIDS ou em Ambulatórios Gerais

	Serviços Especializados	Ambulatórios com Programas de DST e Aids
Características da estrutura ambulatorial	<ul style="list-style-type: none"> • Integralmente dirigida a pacientes com HIV/aids, centralizada numa única unidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipes inseridas em serviços ambulatoriais com diferentes programas
Dinâmica organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento único técnico e administrativo • Equipes de composição profissional diversificada (com profissionais de todas as áreas previstas pelo Programa e c/algumas outras especialidades) • Equipes integralmente dedicadas às atividades do Programa 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento técnico e administrativo separados: coordenação técnica feita pelo Programa e administrativa pelo gerente geral do serviço • Equipes com uma constituição multiprofissional “básica” (médico, enfermeira, psicólogo, assistente social, auxiliares de enfermagem) • Equipes com responsabilidade sobre atividades diversificadas, em geral tendo o médico (infectologista ou clínico) como o único profissional exclusivamente dedicado ao Programa.

Em que dimensões as características dos serviços especializados “carregam” qualidade? Tomá-las *a priori* como variáveis de qualidade, significaria limitar a *qualidade desejável* a um modelo centralizado e de alta complexidade (e custos elevados), possível apenas em grandes centros urbanos. Além disso, esse padrão não representa o modelo organizacional mais freqüente entre os ambulatorios de assistência à aids, nem no estado de São Paulo, tampouco no Brasil.

Será que, de fato, no caso do Programa de DST/Aids, uma menor complexidade da estrutura corresponde a uma menor qualidade na assistência? Esta não é uma questão de resposta simples, dada a complexidade já envolvida na assistência à aids e aos dados de literatura que tendem a reforçar a importância da especialização e da maior experiência clínica como indicadores de qualidade do cuidado médico (BASSO, 1999). Por outro lado, ter como premissa a necessidade de especialização, centralização e elevada complexidade do aparato médico como condição para uma assistência de qualidade, nos coloca numa situação de difícil equacionamento em relação às necessidades concretas colocadas para o cotidiano dos serviços. Num país de extensão continental, com uma pandemia que tem ao menos um caso identificado em grande parte dos municípios e com uma estimativa de 600.000 infectados entre 15 e 49 anos, não será possível dispor de serviços relativamente menos complexos, mas resolutivos e de boa qualidade?

De fato, a complexidade e especificidade dos recursos clínicos atualmente disponíveis exigem tanto uma política de difusão do acesso a exames e medicamentos, como também a disponibilidade de recursos capacitados para manipulá-los adequadamente, ou seja, de profissionais especializados. Entretanto, se os serviços exclusivamente dedicados à aids contam com uma maior facilidade em alcançar essas condições de forma mais completa, a avaliação realizada aponta que tais condições são necessárias, mas não suficientes.

Embora o grupo de melhor qualidade seja composto por unidades especializadas, o grupo 2, possui serviços de diferentes tipos, inclusive alguns

exclusivamente dedicados à aids. Já no grupo 3, não encontramos serviços desse tipo, mas temos algumas unidades com grande número de pacientes e inseridas em hospitais de alta complexidade, potencialmente servindo de referência imediata.

Nesse sentido, a complexidade necessária à qualidade da atenção à aids ultrapassa os limites da necessidade de especialização da assistência clínica individual, mesmo que multiprofissional, ainda que esta se mantenha como componente básico e essencial à boa assistência.

A necessidade de extensão dos serviços em função do comportamento epidemiológico da epidemia, ao lado da complexidade tecnológica de sua abordagem, exige uma composição entre essas duas alternativas organizacionais. De um lado, há necessidade de serviços especializados que possam acompanhar a complexidade do tratamento e as constantes atualizações que estas têm exigido, e que para isso necessitam profissionais especializados e dedicados exclusivamente a este programa. Por outro lado, o crescimento e a interiorização da epidemia colocam a necessidade de serviços descentralizados que possam garantir o acesso a cuidados adequados ao conjunto da população atingida.

Os dados encontrados apontam para a necessidade de manutenção de um modelo híbrido, que responda às características da epidemia, mas também colocam a necessidade de ampliação da política de apoio técnico e gerencial permanente dos serviços de maior para os de menor complexidade, dada as repercussões potenciais que a organização institucional pode trazer para a qualidade das ações.

Por outro lado, o reconhecimento de estruturas organizacionais diferentes, com repercussões não só para a composição e especialização das equipes, mas também para sua maior dificuldade de integração e gerenciamento técnico unificado, aponta a necessidade de desenvolvimento de diferentes estratégias de organização do trabalho, com alternativas tecnológicas viáveis e adequadas às diferentes estruturas.

A qualidade da organização tecnológica do trabalho

A maioria das unidades estudadas possui uma arquitetura assistencial coerente com as normas gerais do Programa: realizam acolhimento e avaliação clínica de casos novos, triagem de casos extras, aconselhamento pré e pós teste, e contam com equipes multiprofissionais. Os médicos responsáveis pelo seguimento foram capacitados e participaram de diversas atualizações. O consenso para prescrição de ARV está disponível nas unidades e os médicos o conhecem.

Em relação à transmissão vertical, uma importante prioridade do programa, a maior parte das unidades disponibiliza AZT para as gestantes e encaminha para maternidades habilitadas para o parto.

Entretanto, apreciadas em conjunto, as unidades apresentam um padrão “médio” de qualidade, com baixa incorporação de tecnologias específicas dirigidas ao cuidado de pessoas vivendo com HIV/aids.

Questões complexas relativas à sexualidade, como a possibilidade de novos relacionamentos amorosos ou o desejo de ter filhos, têm abordagens muitas vezes difíceis e conflituosas, tanto para os pacientes como para os profissionais. Orientações sumárias e rotinizadas, tendem a abrir pouco espaço para o diálogo e problematização dessas questões que acabam reduzidas a recomendações genéricas e à dispensação de preservativos.

Os pacientes reconhecidos como “difíceis”, aqueles que reiteradamente não se adaptam às normas dos serviços por diferentes razões, foram identificados pelas unidades como pessoas de “difícil trato” que, em geral, já portam uma condição de exclusão social, tais como, moradores de rua, dependentes químicos ou pessoas com diferentes tipos de distúrbios mentais, entre outros problemas de menor complexidade. São usuários que tendem a se indispor com a equipe e requerem dela um apoio que ela não consegue dar. Essas situações, muitas vezes, têm o processo de exclusão social como um dos principais determinantes da exposição e contágio pelo HIV. Poucos serviços não enfrentam, ou não reconhecem, este tipo de situação problema. A maior parte das unidades é sensível a delicadeza das situações de conflito trazidas por esses pacientes e procura ser continente com elas, mas alguns

serviços apontam a exclusão, através, por exemplo, da alta administrativa, como uma alternativa de solução, mostrando elevado grau de descompromisso com o problema. Por outro lado, é preciso destacar que muitos dos agentes entrevistados não se sentem preparados para um tratamento profissionalizado dos pacientes reconhecidos como “difíceis”, e se queixam da falta de retaguarda especializada para os casos mais complicados, denotando a falta de alternativas e de preparo para um tratamento mais humanizado, mas também, mais técnico da questão.

A dispensação de medicamentos é feita, na maioria dos serviços, pela entrega da medicação no balcão com esclarecimentos pontuais, sem conferência acerca da compreensão do usuário quanto à identificação de cada medicamento e quanto a equivalência entre o prescrito na receita e as diferentes e variáveis apresentações disponíveis.

As ações de rotina de apoio à adesão tendem a se restringir ao encurtamento do prazo para retorno após a introdução de anti-retrovirais, e ao “reforço” para o uso correto da medicação nas consultas.

Não há atividades específicas para grupos comprovadamente sob risco de não adesão, como os faltosos às consultas. Sob a alegação da necessidade de manutenção do sigilo, a maior parte das unidades ignora o problema, e não discute alternativas de ação que possam conservar o respeito à privacidade dos usuários .

A atenção específica às mulheres e a assistência obstétrica são ainda áreas relativamente descobertas. Não há oferecimento de avaliação ginecológica de rotina e muitos dos médicos que acompanham o pré-natal não tiveram capacitação específica para a atenção a portadoras de HIV/aids.

O trabalho dos diferentes profissionais articula-se frouxamente na assistência. O padrão é o do encaminhamento centralizado pelo médico clínico ou infectologista e realizado na dependência exclusiva de sua apreciação ou de uma específica demanda do paciente.

Os mecanismos de articulação da equipe são frágeis. As reuniões carecem de conteúdo propriamente técnico e é muito raro que os médicos participem. Quanto à avaliação majoritária dos médicos como “bons técnicos”

devemos observar que ela pode traduzir, em parte, os esforços de permanente capacitação e atualização desses profissionais pelo Programa, mas também, em grande parte traduz o distanciamento desses profissionais dos demais, o que fica confirmado por sua ausência, em muitos serviços, das reuniões da “equipe” (denominação que, na fala de alguns dos entrevistados, se refere ao conjunto dos profissionais “não-médicos”).

O gerenciamento é tecnologicamente restrito. Os gerentes não têm formação específica e, muitas vezes, têm pouco tempo disponível para a função. As unidades não possuem indicadores de avaliação da assistência, e o planejamento é realizado de maneira formal. Há unidades que sequer conhecem o número de pacientes em seguimento, não possuem nenhuma forma de controle de abandono de tratamento e desconhecem até mesmo quantos pacientes estão em uso de ARV.

Um grupo menor de serviços apresenta melhor qualidade do que a média. Este grupo diferencia-se dos demais principalmente pela incorporação de tecnologias programáticas específicas ao processo assistencial.

Estas unidades realizam acolhimento individualizado, com a abordagem de aspectos clínicos e a adequação ao caso de orientações de base epidemiológica, associado à presteza do atendimento clínico, se necessário. Possuem diversidade e capacidade de cobertura das atividades oferecidas, tais como, diferentes grupos de assistência, atendimento individual simultâneo por profissionais de nível universitário (por exemplo: psicólogo e assistente social, infectologista e ginecologista) e discussões em grupos abertos.

Oferecem atividades de apoio específico à adesão tais como, grupos ou atendimento individual dirigido à discussão e adequação da medicação.

Há um reconhecimento de parte da equipe e dos gerentes da boa capacidade de integração dos médicos com a equipe e de interlocução com os pacientes.

Possuem gerentes dedicados à função, e, na maioria delas, preparados para a atividade gerencial e com experiência de trabalho com HIV/aids. Têm mecanismos gerenciais que facilitam a integração da equipe, com reuniões periódicas que reúnem todos os profissionais, inclusive os médicos.

A gerência assume responsabilidades ampliadas sobre o controle da epidemia em sua região, assumindo a liderança sobre o encaminhamento de ações técnicas, tais como a atuação junto à rede básica e maternidades da região para controle da transmissão vertical.

Há também um grupo pior, que reúne serviços que estão abaixo do padrão médio. O atendimento dos pacientes novos se dá sem nenhuma atividade de acolhimento, com agendamento direto de consulta médica e o acesso à atenção multiprofissional é definido exclusivamente a partir da demanda espontânea ou limitado pela falta de profissionais.

Não há medidas específicas de apoio à adesão: o agendamento de consultas médicas se mantém dentro do aprazamento de rotina na unidade, a cada 30 ou 60 dias, mesmo após a introdução de esquemas combinados de anti-retrovirais. Não oferecem atendimento para o pré-natal, realizando apenas o acompanhamento clínico.

Concentra unidades com gerentes com pouca disponibilidade de tempo para o exercício da função, devido às inúmeras e diferentes atividades profissionais. Há um vazio gerencial determinante de uma autonomização dos profissionais ficando as atividades dependentes da formação técnica e ética de cada um.

Além do quadro geral apresentado, alguns indicadores ainda merecem destaque, por terem se concentrado no padrão 3 de avaliação para um grande número de serviços, indicando uma dificuldade mais geral na incorporação e organização das ações a eles relacionadas. Isto ocorreu com os seguintes indicadores:

- ✓ recepção: freqüentemente limitada à administração burocrática do fluxo;
- ✓ ausência de controle e convocação de faltosos;
- ✓ ausência de acesso à assistência obstétrica na unidade;
- ✓ acesso à atenção multiprofissional limitado à demanda espontânea e/ou ao encaminhamento médico.

A recepção, primeira “porta” da unidade, cumpre de modo geral seu papel mínimo de administração do fluxo dos pacientes pelo serviço. No

entanto, a multiplicidade de demandas e atividades que tendem a se concentrar nesse momento do trabalho faz com que assuma um certo perfil de complexidade, na maioria das vezes, não reconhecida e não valorizada pelos serviços, com desdobramentos negativos em seu desempenho. É freqüente a concentração de uma variedade de atividades inespecíficas na recepção – dar informações, atender telefone, orientar o fluxo dos pacientes com agendamento, orientar o fluxo dos pacientes não agendados, fazer agendamentos, retirar prontuários, abrir matrícula, fazer cadastro para fornecimento de preservativos, entre outros, ao lado de demandas por orientações que muitas vezes envolvem aspectos da vida privada dos pacientes, fazendo com que estes façam uso de estratégias como “falar baixinho” ou solicitar para “conversar em particular”. Com certa freqüência é comum a ocorrência de problemas tais como: interrupção da orientação do paciente por outra demanda simultânea e não identificação de problemas que mereceriam um encaminhamento fora da rotina (por exemplo, um paciente que procura por passes e declara que não comparece ao atendimento de rotina há mais de dois meses e não é reencaminhado para a assistência).

A convocação de faltosos é uma antiga e delicada questão para o Programa. Diferente de outros programas de acompanhamento e controle de doenças transmissíveis, a aids sempre teve o sigilo e o respeito à individualidade como um valor importante e que procurava se contrapor a práticas estigmatizantes ou “policialescas”. Nesse sentido, a convocação de faltosos, ou dos “comunicantes”, atividades tradicionais de controle para a vigilância epidemiológica, foram descartadas por muitos serviços. No entanto, após vinte anos de epidemia, faz-se necessário rever criticamente que tipo de intervenções cabe hoje aos serviços e que possam representar o respeito à individualidade e simultaneamente promover a cidadania dos sujeitos. A rejeição de práticas tradicionais requer a instauração de novas práticas. Nesse sentido, algumas unidades já implantaram formas de controle de faltas e convocação através de carta, telefonema ou visita, segundo critérios definidos para eleição dos casos, para os pacientes que previamente autorizaram esse contato. Um dos serviços visitados realiza no processo de acolhimento um

“contrato de sigilo”, no qual o serviço explicitamente se compromete em manter sigilo e acorda com o paciente a forma adequada de fazer contato, se necessário.

A oferta de assistência obstétrica pela própria unidade que faz o acompanhamento de aids, também se mostra uma questão controversa. Algumas unidades ainda não contam com este profissional, embora o obstetra tenha sido reconhecido mais recentemente pelo Programa como integrante da equipe “básica” recomendável para todos os serviços. Além disso, há unidades que consideram inadequado essa centralização do pré-natal nos serviços de atenção à aids, uma vez que é oferecido pela rede básica. Segundo as observações realizadas, podemos dizer que de um modo geral os ginecologistas, mesmo aqueles que já fazem atendimentos em ambulatórios de aids, ainda não possuem grande experiência na abordagem e acompanhamento de gestantes HIV positivas, e muitos precisariam de uma capacitação específica nessa área. Muitas das dúvidas são levadas pelas pacientes para os obstetras, como questões relativas à transmissão para o bebê, à evolução da doença durante a gravidez, à manutenção ou necessidade de mudança do esquema com anti-retrovirais, para aquelas que já faziam uso dessa medicação. Se, atualmente, mesmo os profissionais inseridos em equipes especializadas têm dúvidas e/ou acabam fazendo orientações inadequadas, especialmente em relação à medicação, podemos inferir que os que trabalham na rede básica estão ainda mais despreparados para enfrentá-las. Sem uma capacitação específica dos profissionais da rede, dificilmente essa descentralização poderá ser feita com qualidade. Por outro lado, alternativas assistenciais em curso em alguns ambulatórios de DST/aids, como pré natal em grupo ou atendimentos conjuntos – simultaneamente realizado pelo infectologista e pelo obstetra – têm se mostrado alternativas positivamente avaliadas por esses serviços.

Como último aspecto identificado como tendencialmente negativo para o conjunto dos serviços, está o acesso à assistência multiprofissional a partir do primeiro atendimento, ou seja, do ingresso no programa. O aprimoramento da integralidade da assistência multiprofissional está diretamente relacionado às

possibilidades desse conjunto de profissionais constituírem-se, de fato, como uma equipe através da articulação entre os diferentes trabalhos. O padrão observado de encaminhamento para outros profissionais na dependência exclusiva da apreciação do médico ou de uma específica demanda da paciente, tende a repetir, como já comentamos, o padrão mais clássico dos ambulatorios de especialidades. Por outro lado, o agendamento “compulsório”, ou seja, automático, para diferentes profissionais a partir da matrícula, tem sido questionado por alguns serviços em função do elevado grau de absenteísmo que tende a ocorrer. O melhor encaminhamento observado parece ser o de uma oferta ativa das possibilidades de assistência presentes no serviço para atendimento individual, ao lado da oferta de alternativas assistenciais que integram diferentes profissionais em sua realização, além do estímulo a alguns tipos de avaliação periódica para detecção precoce de problemas, como é feito em alguns serviços em relação ao dentista e ao ginecologista.

A avaliação realizada permitiu a construção de um gradiente de qualidade entre os serviços, orientado pelas categorias referenciais inicialmente propostas:

- ✓ clareza na priorização – na organização e arquitetura dos serviços, na clareza de definição de fluxos e ações;
- ✓ especificidade na apreensão e manipulação dos objetos – na eleição dos instrumentos de atuação;
- ✓ acoplamento amarrado de atividades – na articulação entre as ações;
- ✓ acessibilidade do alvo – na direcionalidade de cada ação;
- ✓ foco de julgamento e avaliação e adesão dos agentes – na apreensão e adesão ao projeto;
- ✓ efetividade comunicacional – na previsão de possibilidades de interlocução.

Os três eixos avaliativos propostos por NEMES, para a avaliação programática podem agora ser retomados. 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” (NEMES, 1996, p.39).

Em nosso estudo pudemos observar que a projeção ético normativa do Programa tem no respeito a individualidade dos sujeitos um valor fundamental para a definição da integralidade de suas ações, restituindo para o individual seu significado plural e coletivo, ainda que simultaneamente único.

Assim, coerentemente com essa projeção, a integralidade das ações de assistência à aids precisa não apenas articular a atenção individual às prioridades epidemiologicamente estabelecidas como, simultaneamente, promover os sujeitos em sua individualidade:

- ✓ Integrando as necessidades apreendidas no coletivo na orientação da atenção individual;
- ✓ Integrando as necessidades reconhecidas em cada sujeito a uma perspectiva de promoção e emancipação que os reconstitua enquanto sujeitos coletivos.

Nesse sentido, as categorias referenciais propostas poderiam ser aglutinadas em dois conjuntos analíticos:

- ✓ priorização, acessibilidade, especificidade, acoplamento – critérios que avaliam/orientam a organização do trabalho do coletivo para o individual;
- ✓ coerência de julgamento e adesão dos agentes, efetividade comunicacional – critérios que avaliam/orientam a apreensão individual do coletivo.

Enquanto dois conjuntos polares de questões interdependentes, cuja articulação/ desarticulação qualifica a integralidade das ações.

Quadro XV. Ações programáticas distribuídas de modo polar entre aquelas que centralmente dirigem-se ao resgate da individualidade e aquelas que representam orientações coletivas sobre ação individual

Mecanismos de instauração/resgate da individualidade	Mecanismos de orientação coletiva/epidemiológica sobre as ações individualizadas
Contrato de sigilo	Notificação epidemiológica
Consentimento informado para o exame sorológico/ para contato	Convocação dos parceiros
Consentimento informado para contato (telefone, carta, visita)	Controle e convocação dos faltosos, definição de critérios de abandono
Respeito à opção pela concepção entre os portadores de HIV/aids – responsabilização pelo cuidado	Captação ativa no Pré-natal de mulheres infectadas – prevenção da transmissão materno infantil

Essas dimensões polares do cuidado, perdem em abrangência e potencialidade (em integralidade) quando se autonomizam. Ou seja, quando são incorporadas de modo isolado no processo de organização do trabalho, alteram o significado da intervenção restringindo-o a uma dimensão única, que descaracteriza sua positividade ético-normativa. Alguns exemplos vivos de desarticulação, quase que como uma “inversão de sentidos” foram encontrados em alguns dos serviços avaliados.

Em relação ao respeito à individualidade:

- ✓ Sigilo: transformado na duplicação de prontuários no interior de um mesmo serviço, dificultando um mínimo de integração na atuação dos diferentes profissionais. Por exemplo, entre as diferentes especialidades de um mesmo ambulatório, como entre o atendimento clínico à aids e atendimento tisiológico para tuberculose na mesma unidade;
- ✓ Negociação de esquemas terapêuticos: transformado em livre combinação de medicamentos, por um ginecologista que procurava responder à demanda do paciente;

- ✓ Aconselhamento quanto a práticas de sexo seguro: transformado em discurso padronizado que substitui, e impede, o diálogo, como a auxiliar que insistia em orientar a necessidade de negociar e respeitar as demandas femininas no “jogo sexual”, para um paciente que declarava não se interessar e não se relacionar sexualmente com mulheres.

Na implementação de medidas de cuidado sobre o coletivo:

- ✓ Notificação epidemiológica: perde o sentido de informação que orienta as ações de controle, ao ser secundarizada e encarada como uma atividade “burocrática”, que assim pode “acumular” durante um ano, ou ser repassada como tarefa para a telefonista;
- ✓ Controle de faltosos - ao agendamento de exames (CD4, CV): transformado por uma enfermeira em mecanismo de punição – *“enquanto não remarcar e comparecer para o exame, não deixo marcar consulta médica...”*.

A medida que esses “pares” se autonomizam, perdendo a articulação com seu “contrário”, quebra-se a integralidade possível da ação.

O Programa Brasileiro de DST/Aids conta hoje com uma rede de serviços públicos ambulatoriais, composta por um conjunto heterogêneo de serviços, comprometidos com o desenvolvimento de uma assistência de tipo programático a partir de um projeto construído em torno de valores bem expressos na missão enunciada pelo Programa estadual de DST/Aids de São Paulo: *“redução do preconceito, discriminação e demais impactos sociais negativos das DST/HIV/Aids, através de políticas públicas pautadas pela ética e compromisso com a promoção da saúde e da cidadania”* (SÃO PAULO, SES, 1998).

Como vimos, enquanto prática assistencial, essa proposição se depara com contradições e conflitos semelhantes ao de outras ações sanitárias nas quais o trabalho médico se apresenta como intervenção nuclear, oscilando entre formas de atuação programática e uma assistência ambulatorial especializada não programática, tensionada em direção à reprodução do modelo hegemônico de produção médico-assistencial.

A categoria *organização tecnológica do processo de trabalho* foi utilizada na definição do recorte e dos instrumentos, como uma opção teórico metodológica para abordar a complexidade da assistência a partir do seu reconhecimento enquanto trabalho social. Procuramos realizar um movimento de decomposição da organização e conteúdo dos diferentes momentos do trabalho analisando-os a partir do projeto identificado pela “*teoria do programa*”, utilizando como quadro de referência a proposta de avaliação programática desenvolvida por NEMES (1996). Com estes instrumentos procuramos enfrentar o desafio de, no processo de avaliação, não perder de todo a substância dessa complexa prática assistencial nas sucessivas reduções realizadas até a constituição de indicadores objetivos de qualidade.

Em que pese a clareza discursiva e o compromisso político institucional do Programa Brasileiro de DST/Aids em relação a suas projeções éticas para a sociedade em geral e, particularmente, para os sujeitos que vivem com HIV/aids, seu plano programático para as ações assistenciais ainda carece de uma maior substância tecnológica. Parcialmente bem sucedido quanto ao desenho assistencial multiprofissional, onde se destacam o trabalho de acolhimento aos novos e a assistência multiprofissional individualizada, ambos revelando uma apreensão ampliada de seu objeto de cuidados, tem apresentado relativo insucesso no desenvolvimento de uma atenção integral que articule o conjunto das ações.

A prevalência de um padrão “médio” para muitos dos indicadores requer uma atenção do Programa na supervisão e amadurecimento, junto aos serviços e a seus usuários, de algumas dimensões específicas no cuidado à aids que podem estar exigindo a elaboração de novas alternativas de intervenção, para o que precisam ser enfrentadas.

Os serviços que prestam assistência ambulatorial aos que vivem com HIV/aids, têm hoje, um desafio semelhante ao que se coloca para a rede pública como um todo, o de desenvolver formas de cuidado que consigam dar conta da necessidade de uma abrangência extensiva, com alta resolutividade, com elevada qualidade técnica, e que, simultaneamente, ao assim se

desenvolverem, sejam promotoras de sujeitos mais felizes, porque apoiados e incentivados em seus processos de emancipação e cidadania.

Referências bibliográficas

- AGUILAR, M.J. & ANDER-EGG, E. *Avaliação de Serviços e Programas Sociais*, Petrópolis, Vozes, 1994.
- ALVES, M.T.S.S.B & SILVA, A.A.M. *Avaliação de Qualidade de Maternidades: Assistência à Mulher e ao Recém-nascido no Sistema Único de Saúde (org)*. Núcleo de Pesquisa em Saúde Materno Infantil - UFMA, Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, 104p, São Luís, 2000.
- AYRES, J.R.C.M. Ação programática e renovação das práticas médico-sanitárias: Saúde e emancipação na adolescência. *Saúde em Debate* **42**: 54-8. 1994.
- AYRES, J.R.C.M. *HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes – Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas*, Casa de Edição, São Paulo, 1996.
- BARBOSA, R.M.; PARKER, R. *Sexualidades Pelo Avesso – Direitos, Identidade e Poder*. Rio de Janeiro, IMS/ UERJ; São Paulo, ed. 34, 1999.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa - Portugal, ed.70, 1977.
- BASSO, C.R. *A Qualidade de Assistência aos Portadores de HIV/ AIDS nos Serviços Descentralizados do Estado de São Paulo*. São Paulo, 1994 (Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo).
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SZWARCWALD, C.L. & CARVALHO, M.F. Estimativa do número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 2000, in: *Boletim Epidemiológico – Aids*, XIV, no. 1, 1^a a 13^a Semana Epidemiológica, janeiro a março de 2001.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação Nacional de DST e Aids, *Política Nacional de DST/aids: princípios, diretrizes e estratégias*. 1^a. ed. Brasília, 1999.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Programa Nacional de DST/AIDS. *Guia para Elaboração de Avaliação de Desempenho para Serviços de Assistência Especializada-SAE*, mimeo, Brasília, 1997.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, *Manual de Normas para o Controle da Tuberculose*, 2^a ed., sem data.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Serviços Públicos no Estado de São Paulo*. Coordenação Nacional de DST e aids . Brasília : Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A avaliação dos SAE*. disponibilizado no endereço eletrônico
http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_alternativa.html. 2.000b

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aids Boletim Epidemiológico*. Ano XIII, n.01 sem. 48/99 a 22/00, 2.000d

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aids Boletim Epidemiológico*. Ano XIV, n. 01, sem. 1/13, janeiro a março , 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Alternativas Assistenciais à Aids no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviço de Assistência Especializada*. Anexo II – O perfil dos SAE – disponibilizado no endereço eletrônico
http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_anexo2.html. 2.000c

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Brasileiro de DST e Aids*. 2000e

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Serviço de Assistência Especializada- SAE*, Programa Nacional de DST/Aids, Brasília, mimeo s/data

BRUYNE, P., HERMAN, J., SCHOUTHEETE, M. *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais*, 2a ed, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1982.

CAMPBELL, S.M., ROLAND, M.O. & BUETOW, S.A. Defining quality of care, *Social Science & Medicine*, 51: 1611-1625, 2000.

CASTANHEIRA, E. R. L.; CAPOZZOLO, A. A. ; NEMES, M. I. B.; *Características Tecnológicas do Processo de Trabalho em Serviços de Saúde*

Selecionados in: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Serviços Públicos no Estado de São Paulo*. Coordenação Nacional de DST e aids . Brasília : Ministério da Saúde, 2000.

- CASTANHEIRA, E.R.L. *Estudo do serviço de aborto legal do Hospital Municipal do Jabaquara São Paulo / Brasil*, Relatório de pesquisa, mimeo, PROAHSA/ OPAS/ FNUAP, 2000.
- CASTANHEIRA, E.R.L. *Gerência do trabalho em saúde: desenvolvimento histórico da administração em saúde nos serviços públicos do Estado de São Paulo*, São Paulo, 1996a. (Dissertação de mestrado – Faculdade de Medicina da USP).
- CASTANHEIRA, E.R.L. & NEMES, M.I.B. Avaliação de Características de Estrutura e Processo dos Serviços de Saúde in: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Serviços Públicos no Estado de São Paulo. Coordenação Nacional de DST e Aids*. Brasília : Ministério da Saúde, 2000.
- CASTANHEIRA, E.R.L. *A gerência na prática programática*” in SCHRAIBER, L., NEMES, M.I.B. & Mendes-Gonçalves, R.B. (org.) *Prática programática e saúde do adulto: ações na unidade básica*, FMUSP/ Hucitec, São Paulo, 1996b.
- CASTILHO, E.A. & BASTOS, F.I. AIDS (1981 – 97): o rastro da tormenta, *Revista USP – Dossiê AIDS*, (33): XX-XX, 07-19, março/maio 1997.
- CECILIO, L.C.O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*, Hucitec, São Paulo, 1994.
- CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A. P., PINEAULT, R. & DENIS, J.L.. “A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos” In: HARTZ, Z.M.A (org) *Avaliação em saúde – dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas* RJ, Ed Fiocruz, 1997.
- CHAUÍ, M. *Cultura e Democracia*. 6. Ed, São Paulo, Cortez, 1993.
- CHEN, H.T. *Theory-Driven Evaluations*, Newbury Park, California, Sage, 1990.
- CHEN, H.T. & ROSSI, P.H. *The theory-driven approach to validity, Evaluation and Program Planning* 10:95-103, 1987.
- D’OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Violência de Gênero, Saúde Reprodutiva e Serviços in: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro, ed. Fiocruz, 1999.

- DALMASO, A.S.W. *Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? Saúde em Debate*, 44:35-38, São Paulo, 1994.
- DESLANDES, S.F. *Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13(1): 103-107, jan-mar, 1997.
- DHALIA, C., BARREIRA, D. & CASTILHO, E.A. *A aids no Brasil: situação atual e tendências*, in: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aids Boletim Epidemiológico*. ano XIII, n.1 sem. 48/99 a 22/00, 2.000.
- DONABEDIAN A. *Criteria and standards for quality assessment and monitoring. QRB*, 99-108, march, 1986.
- DONABEDIAN A. *Definition of quality and approaches to its assessment. In Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan, Health Administration Press, 1980, volI.*
- DONABEDIAN A. *The seven pillars of quality. Arch.Pathol. Med.*, 114: 1115-1118, 1990.
- DONNÂNGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*, 2^a ed. São Paulo, Duas Cidades, 1979.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 6. Ed. Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- FRANCO, S.C.. *A qualidade possível: o pediatra e o processo de ecisão médica nos serviços de saúde*. Campinas, 2001. (Tese de doutorado – Faculdade de Ciências Médicas de Campinas da UNICAMP).
- FRY, P. *Da hierarquia à igualdade: a construção histórica da homossexualidade no Brasil* in: FRY, P. *Para inglês ver – Identidade e Política na Cultura Brasileira*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1982, pp 87 – 115.

- GALVÃO, J. As respostas das organizações não governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/Aids, in: PARKER, R. (Org.) *Política, instituições e AIDS – enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. ABIA, 1997, pp 69-108.
- GALVÃO, J. Introdução, in: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS *A resposta brasileira ao HIV/Aids – experiências exemplares*, Brasília, 2000, pp 10-17.
- GOMES, M.R.O. Mortalidade por aids no Brasil – atualização até 1997, in: COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS, *Boletim Epidemiológico Aids*, Brasília, ano 1 no. 1, dez- fev 1999, pp 3-9.
- GUERRA, M.A.T. *Política de controle da AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no período 1983 – 1992: A história contada por seus agentes*. São Paulo, 1993 (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina – USP).
- HARTZ, Z.M.A (org) *Avaliação em saúde – dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas* RJ, Ed Fiocruz, 1997.
- HARTZ, Z.M.A Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2): 341 – 353, 1999.
- KALICHMAN, A.O. *Vigilância Epidemiológica de AIDS: Recuperação Histórica de Conceitos e Práticas*. São Paulo, 1993 (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da USP).
- LINS, A.M. *O Programa UNI da Fundação Kellog no Brasil: uma avaliação a partir do postulado de coerência de Mario Testa*, Campinas, 1997 (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP).
- MANN, J.M.; TARANTOLA, D.J.M. *AIDS in the World II – Global Dimensions, Social Roots and Responses – The Global AIDS Policy Coalition*. New York, Oxford University Press, 1996.

- MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. (Org.) *A Aids no Mundo*. Ed. ABIA - IMS Relume Dumará, 1993.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. *Cadernos CEFOR, Série textos 1*, São Paulo, CEFOR-SMS/SP, São Paulo, 1992.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. São Paulo, 1977 (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da USP).*
- MENDES-GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das Práticas de Saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1994.
- MENDES-GONÇALVES, R.B., SCHRAIBER, L.B. & NEMES, M.I.B., Seis teses sobre a ação programática em saúde, in: SCHRAIBER, L.B. (org) *Programação em saúde hoje*. São Paulo, Hucitec, 2^a ed., 1993.
- MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 3. Ed. São Paulo – Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1994.
- MINAYO, M.C.S.; CRUZ NETO, O; SOUZA, E.R.; ASSIS, S.G. & DESLANDES, S.F. *Avaliação Qualitativa de Programas ou Serviços de Saúde – Perspectiva Teórica. Mimeo, CLAVES/ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, dezembro de 1996.*
- MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.; ASSIS, S.G.; CRUZ NETO, O.; DESLANDES, S.F. & SILVA, C.M.F.P. *Avaliação dos Centros de Orientação e apoio Sorológico / CTA/ Coas da Região Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 15(2), 18p, Rio de Janeiro, abr/jun, 1999.*
- NEMES, M.I.B. *A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de sub-programa de controle da Hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977 - 1987)*. Dissertação de mestrado - Faculdade de Medicina - USP. São Paulo, 1989.
- NEMES, M.I.B. Ação programática em saúde: Recuperação histórica de uma política de programação In: Schraiber, L. B. *Programação em saúde hoje*. Saúde em Debate - Série Didática. São Paulo, Hucitec, 1993, p.65-116.

- NEMES, M.I.B. *Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde*. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina - USP. , São Paulo, 1996.
- NEMES, M.I.B. *Avaliação em Saúde: Questões para o Programa de DST/ AIDS no Brasil Fundamentos de Avaliação*, N°1. Rio de Janeiro, ABIA, 2001.
- NEMES, M.I.B. *Organização tecnológica do trabalho em serviços de atenção primária à saúde: características do atendimento médico em duas situações-referência no município de São Paulo*, Relatório de Pesquisa, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1991.
- NOGUEIRA, R.P. *Perspectivas da Qualidade em Saúde*, Qualitymark Ed., Rio de Janeiro, 1994.
- NOVAES, H.M.D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências de pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, 12 (supl): 7-12, 1996.
- NOVAES, H.M.D. *Mortalidade neonatal e avaliação da qualidade da atenção ao parto e ao recém nascido no município de São Paulo*. Tese de Livre Docência. Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1999.
- NOVAES, H.M.D.. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 34 (5): 547- 559, 2000.
- OFFE, C. Trabalho como categoria sociológica fundamental? In: OFFE, C., *Trabalho e sociedade - Problemas estruturais e perspectivas para o futuro da “sociedade do trabalho” - Vol. I - A crise*, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989.
- OPS ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *VihySIDA en las América: una epidemia multifacética*. Informe de la Reunión de *Monitoring the AIDS Pandemic* (MAP) y la Red de Epidemiologia sobre VIH/SIDA para América Latina y el Caribe (EpiRed), 2001.
- PARKER, R. & AGGLETON, P. Estigma, Discriminação e AIDS. *Cidadania e Direitos*, N°1 Rio de Janeiro, ABIA, 2001.
- PARKER, R. (Org.) *Política, instituições e AIDS – enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. ABIA, 1997.

- PARKER, P.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J.S. (Org.) *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro, ABIA/ IMS-UERJ; Relume Dumará, 1994.
- PEDUZZI, M. *Equipe Multiprofissional de Saúde: A Interface entre Trabalho e Interação*. Tese de doutorado, Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1998.
- QUEIROZ, M.I.P. *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo, CERU e FFLCH/ USP, 1983.
- RICARDO, M.B.P. *Vigilância sanitária de serviços de saúde: uma avaliação do controle sanitário nos serviços de radioterapia no estado de São Paulo*. (Tese de doutorado – Faculdade de Medicina da USP).
- SALA, A. NEMES, M.I.B. & COHEN, D.D. A Avaliação na Prática Programática. in: SCHRAIBER LB., NEMES MIB., MENDES-GONÇALVES, RB.(orgs) *Saúde do Adulto: programas e ações em unidades básicas*, São Paulo, Hucitec, 1996, pp163-183.
- SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*, 2a. ed., Campus, Rio de Janeiro, 1987.
- SANTOS, B.S. *Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática V.I. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 2ª. Ed., São Paulo, Cortez Editora, 2000.
- SANTOS, B.S. *Pela mão de Alice – O social e político na pós modernidade*, 6ª ed., São Paulo, Cortez Editora, 1999.
- SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico*, Programa de DST/Aids, ano XIX, n. 1, São Paulo, abril de 2001.
- SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. *Boletim Especial 15 anos*, Programa Estadual de DST/Aids, São Paulo, 1998.
- SCHRAIBER, L.B. *O médico e seu trabalho. Limites da liberdade*, São Paulo, Hucitec, 1993a.

- SCHRAIBER, L.B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org.) *Saúde do Adulto: programas e ações em unidades básicas*. São Paulo, Hucitec/FMUSP, 1996.
- SCHRAIBER, L.B. (org) *Programação em saúde hoje*. São Paulo, Hucitec, 2^a ed., 1993b.
- SCHRAIBER, L.B. *Medicina Tecnológica e Prática Profissional Contemporânea: Novos Desafios, Outros Dilemas*. Tese de livre docência, Faculdade de Medicina – USP . São Paulo, 1997.
- SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZI, M; SALA, A; NEMES, M.I.B.; CASTANHEIRA, E. R.; KON R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas, *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2): 221- 242, 1999.
- SCHRAIBER, L., NEMES, M.I.B. & MENDES-GONÇALVES, R.B. (org.) *Saúde do Adulto: programas e ações em unidades básicas*. São Paulo, Hucitec/FMUSP, 1996.
- SPINK, P. *Avaliação democrática: propostas e práticas*. Coleção ABIA, Fundamentos de Avaliação no. 03. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, Rio de Janeiro, 2001.
- TEIXEIRA, P.R. Políticas públicas em Aids, in: PARKER, R. (Org.) *Política, instituições e AIDS – enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. ABIA, 1997, pp 43-68.
- TEIXEIRA, P.R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E .(org) *Ta difícil de engolir – Experiência de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo, ed. Nepaids, 2000.
- TERTO JR., V. Soropositividade e políticas de identidade no Brasil, in: BARBOSA, R.M. & PARKER, R. (org) *Sexualidades Pelo Averso - Direitos, Identidades e Poder* Rio de Janeiro, IMS/ UERJ; São Paulo, ed. 34, 1999, pp 99 - 119.

ANEXO 1 - VISITA A 27 UNIDADES DE SÃO PAULO

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. **Apresentação:**

- Apresentação da pesquisa, esclarecimento de dúvidas, leitura e assinatura do consentimento informado (iniciar a gravação).
- Caracterização do entrevistado: função, tipo de coordenação que realiza em relação à assistência ambulatorial, tempo de trabalho no serviço e nessa função, questionar se realiza ou já realizou atividades de assistência direta.
- Percorrer as questões previamente respondidas, confirmando se todas foram respondidas e se há alguma observação que o entrevistado queira dar destaque.
- Caso haja alguma questão sem resposta combinar estratégia para complementar as respostas em aberto, após o final da entrevista.

2. **Conversando sobre o serviço – núcleos prioritários para abordagem e posterior observação:**

- *Primeiro atendimento:* acolhimento e fluxo assistencial
 - Como é feita a recepção dos pacientes novos?
 - Que tipos de demandas costumam aparecer com mais frequência?
 - Quais os procedimentos e encaminhamentos utilizados de rotina? (profissionais envolvidos, fluxo, orientações e informações mais valorizadas no primeiro atendimento)
- *Seguimento de rotina:*
 - Que tipo de abordagem costuma ser feita em relação ao(s) parceiro(s) dos pacientes?
(testagem, orientação sobre sexo seguro, em que momentos do atendimento, por quais profissionais, de forma sistemática ou conforme demanda espontânea)

- E em relação à contracepção? É freqüente a ocorrência de casais que queiram ter filhos? Você se lembra de algum caso? (ver como o serviço lida com a situação, como orienta, como acolhe, disponibilidade de recursos – maternidade, pré natal, relação com a rede básica)
- Vocês têm muitos casos de pacientes “difíceis”, que não se encaixam às regras do serviço e/ou ao que é oferecido? Conte algum caso marcante.
(tipo de caso considerado, grau de envolvimento da equipe no encaminhamento, alternativas de solução)

➤ *Atendimento dos “não agendados”:*

- Como é feito o atendimento dos pacientes que aparecem sem consulta marcada?
- Existe algum tipo de critério para o atendimento no mesmo dia? Como é o fluxo?
- Como é atendido aquele que só veio “pegar a receita”?

➤ *Trabalho em equipe:*

- Como é feita a recepção dos funcionários novos? Como eles são integrados ao serviço?
(no dia a dia, “na prática” ou através de apresentação em reunião, treinamentos, supervisões)
- Quais as atividades desenvolvidas pelas auxiliares de enfermagem?
(tipo e abrangência das atividades, se existem auxiliares que só atuam no Programa de Aids, ou se elas são “polivalentes”)
- Os auxiliares (de enfermagem, de farmácia, de laboratório, os que fazem recepção) receberam algum treinamento?
(tipo de treinamento – conteúdo, duração – supervisão das atividades, oportunidades de reciclagem)
- O serviço realiza atividades de grupo com os pacientes? Descreva que grupos ocorrem, quem são os profissionais responsáveis, qual a finalidade desses grupos e qual sua inserção no fluxo assistencial.

- Como o trabalho multiprofissional é realizado nesse serviço? Pode se dizer que se faz um trabalho em equipe? Caracterize. (costumam discutir os casos em equipe? Há espaços previstos ou isso acontece durante o almoço e o cafezinho? Quais os principais conteúdos dessa discussão?)
- Quais as dificuldades para se trabalhar em equipe? Quais as principais qualidades da equipe dessa unidade?
- Como se lida com os conflitos interpessoais que aparecem na equipe?
- E com os conflitos ou sofrimentos dos profissionais em relação aos pacientes? Existe algum tipo de supervisão e/ou apoio psicológico previsto? Para quais profissionais e como funciona?
- Como você avalia o trabalho médico realizado nesse serviço? Existem perfis diferentes? Procure caracterizar. (qualidade técnica, relação com a equipe, relação com os pacientes)

➤ *Gerência*

- Nos momentos de carência de recursos ou insumos, como falta de kits/ medicamentos, preservativos ou profissionais, quais as providências que costumam ser tomadas? Se possível, exemplifique.
- Como são canalizadas (ouvidas e encaminhadas) as queixas dos usuários?
- E dos profissionais?
- Na sua opinião quais têm sido as principais dificuldades enfrentadas pela unidade? E quais suas principais qualidades?

ANEXO 2 - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1. RECEPÇÃO (porta de entrada do serviço)

Identificar o conteúdo e procedimentos utilizados:

- Perfil do profissional responsável (capacitação, domínio sobre a função)
- Capacidade de escuta e discriminação da demanda
- Capacidade de diálogo e orientação (pacientes novos, pacientes sem agendamento que buscam atendimento, pacientes agendados, etc)
- grau de autonomia na tomada de decisões - disponibilidade e necessidade de retaguarda/supervisão.
- tipo de registro de dados
- orientações e encaminhamentos internos e externos

2. SALA DE ESPERA

- postura dos usuários e relação entre os que esperam;
- realização de atividades sistemáticas pelo serviço (discussões, cartazes, orientações, etc) e organização do espaço físico
- assuntos recorrentes e troca de opiniões entre os usuários (discussões em torno da medicação, relato de experiências, reclamações, etc)

3. TRABALHO DA ENFERMAGEM (auxiliares e enfermeira)

- tipo de atividades realizadas (pré, pós, atendimento de enfermagem, outros)
- principais conteúdos de cada atividade
- relação de escuta e diálogo com usuários, adequação da linguagem, conteúdos técnicos
- aspectos valorizados pelo profissional como importantes em cada atividade
- formas de registro desse trabalho;

4. FARMÁCIA

- dinâmica do atendimento (só para pacientes do Programa de Aids, junto com outros programas do serviço, filas, esperas, etc)
- relação com os paciente (demandas dos pacientes, atenção dada e orientações)
- formas de registro;
- perfil e capacitação dos profissionais

5. TRABALHO MÉDICO

- Identificar, nos diferentes momentos da observação, a percepção dos profissionais sobre o trabalho médico (tipos diferentes, características positivas e negativas)