REGINA MELCHIOR

**AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
AMBULATORIAL A PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO
BRASIL**

Análise de 322 serviços em 7 estados brasileiros (CE, MA, MS, PA, RJ, RS, SP)

Tese apresentada ao
Departamento de Epidemiologia
da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do grau de doutor.

Orientadora: Professora Doutora Cássia Maria Buchalla
Co-orientadora: Professora Doutora Maria Ines Battistella Nemes

São Paulo
2003

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores. Ao usá-lo, cite a fonte.

Assinatura:

Data: São Paulo, 26 de setembro de 2003.

A gente não quer só comida,
A gente quer comida, diversão e arte.
A gente não quer só comida,
A gente quer saída para qualquer parte.
A gente não quer só comida,
A gente quer bebida, diversão, balé.
A gente não quer só comida,
A gente quer a vida como a vida quer.

Comida (1987)
Marcelo Fromer / Arnaldo Antunes / Sérgio Britto

Aos meus pais, Octacílio e Natália, que
me fizeram um ser em busca da ética e do
amor.

Ao meu companheiro Paulo, por estar
buscando comigo esse horizonte.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às minhas orientadoras: Cássia Maria Buchalla e Maria Ines Batistella Nemes. A combinação de estilos e sapiências foi perfeita e harmônica, enriquecendo minha formação como pesquisadora e profissional de Saúde Pública.

Agradeço ao Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, que permitiu a parceria entre as minhas duas orientadoras e me proporcionou uma formação ampliada na área.

Ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, por ter me abrigado em um dos seus grupos de pesquisa, me dando todo o suporte necessário para a realização do meu trabalho.

À Equipe QualiAids, espaço de trabalho e amizade, de crescimento e amor. Todo o trabalho em conjunto possibilitou a construção dessa tese e portanto sem vocês esse trabalho não existiria. Em especial a coordenadora da equipe, a nossa professora e amiga Maria Ines, que faz dessa equipe um lugar de exercício da democracia, da ética e da solidariedade.

Aos Professores Chester Luiz Galvão César e José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Ao colegas do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, pela compreensão e participação nas etapas percorridas.

A toda minha família, meus irmãos queridos, e todos os demais, minha querida vovó, tios, primos e cunhados, que sempre foram solidários e participantes. À Stela, minha primeira leitora e a Li, companheira de aflições dos momentos finais.

À Mary Franklin Gonçalves, nosso braço direito na Equipe QualiAids, pela ajuda na revisão do texto final.

Ao trio que me ajudou muito nos últimos detalhes: meu amor Paulo e meus queridos Li e Vi (Lirian e William).

À Coordenação Nacional de DST e Aids e à FAPESP pelo financiamento da pesquisa. À CNPq pela bolsa de estudo.

RESUMO

Os resultados do Programa de Aids dependem da qualidade do cuidado prestado, especialmente no contexto de acesso universal à terapia tripla combinada de alto impacto (HAART). Este estudo objetivou avaliar a qualidade do cuidado de 322 serviços ambulatoriais que prestam cuidado a 72% (87.000) dos pacientes brasileiros em uso da HAART.

As equipes dos serviços responderam 112 questões estruturadas que descrevem as características do serviço prestado, disponibilidade de recursos e de gerenciamento. Grupos focais e estudo piloto em 20 serviços definiram o questionário. As respostas foram classificadas em 3 escores: zero (baixo), 1 (médio) e 2 (alto). Os serviços foram classificados de acordo com as médias de todas as variáveis e foram agrupados baseados na técnica "K-means Cluster Analysis". A análise foi validada por comparação com avaliação qualitativa realizada previamente em 27 serviços. O resultado mostrou médias altas nos indicadores de disponibilidades de medicamentos, teste laboratoriais e recursos humanos. Os indicadores mostraram que o processo do cuidado e a gerência técnica têm médias baixas. A média geral dos serviços foi 1,128 (56% do máximo), a menor foi 0,563 (28%) e a maior foi 1,680 (84%). A análise das K'Médias distinguiu quatro grupos de qualidade. O melhor grupo inclui 76 serviços (23,6%), o segundo 53 (16,4%), o terceiro 113 (35%) e o pior 80 (24,8%). Estes resultados foram discutidos com administradores e profissionais do Programa de Aids. Eles serão usados para desenvolver um guia de condutas a ser disponibilizado pela Internet para ajudar os gerentes a monitorar a qualidade do cuidado em todo o país.

DESCRITORES: Qualidade do Cuidado, AIDS, Assistência Ambulatorial, Avaliação de Programa

SUMMARY

The results of the AIDS Program depend on the quality of care provided especially in a context of HAART free access. This study aims to evaluate the quality of care of 322 Brazilian outpatient services providing care to 72% (87,000) of the Brazilian patients under HAART.

Each service answered 112 structured questions describing the characteristics of the service delivery, resources availability and management. Focus groups and a pilot study in 20 services helped define the questionnaire. The answers were classified in 3 scores: 0 (the lowest) 1 (medium), 2 (the highest). The services were ranked according to the mean of scores of all variables and were grouped based on K-Means Cluster Analysis. The model of analysis was validated by comparison with a qualitative evaluation previously carried out in 27 services. The services showed high means in the indicators related to availability of medicines, lab tests and human resources. The indicators related to the process of care and management showed the lower means. The total average was 1,128 (56% of the maximum) .The lowest score was 0,563 (28%) and the higher score was 1,680 (84%). The K-Means Cluster analysis distinguished 4 groups of quality. The best group includes 76 services (23,6%), the second 53 (16,4%), the third 113 (35%) and the worst 80 (24,8%). These results were discussed with the managers and professionals of the AIDS Program. They will be used to develop a guideline to be available on the Internet to help managers in monitoring quality of care in the whole country.

Descriptors: Quality of Health Care, AIDS, Outpatient Care, Program Evaluation

ÍNDICE

1.	Apresentação.....	01
2.	Objetivos do estudo.....	04
3.	A organização da assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil.....	05
4.	Referencial teórico-metodológico.....	12
4.1.	Questões teóricas.....	12
4.2.	Metodologia do estudo.....	33
4.2.1.	Desenho da pesquisa.....	33
4.2.2.	A construção do questionário e do modelo de análise.....	35
4.2.3.	Procedimentos éticos.....	40
5.	Resultados e Discussão.....	42
5.1.	Características gerais dos serviços.....	42
5.2.	A Operacionalidade	45
5.2.1.	Acesso e estrutura física.....	45
5.2.2.	Recursos Humanos.....	47
5.2.3.	Apoio diagnóstico e tratamento.....	49
5.2.4.	Medicamentos.....	52
5.3.	A Articulação.....	56
5.3.1.	Captação da demanda.....	56
5.3.2.	Organização geral da assistência.....	57
5.3.3.	Atendimento dos extras.....	65
5.3.4.	Atividades dos profissionais.....	66
5.3.5.	Gerência.....	67
5.4.	Avaliação dos serviços.....	70
5.4.1.	Ranking Geral.....	70
5.4.2.	Análise Descritiva.....	70
5.4.3.	Agrupamentos de qualidade.....	71
5.5.	Associando as diferenças de qualidade aos tipos dos serviços.....	75
5.6.	O Questionário QualiAids como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da assistência às pessoas vivendo com HIV/aids.....	80
6.	Considerações Finais.....	81
7.	Bibliografia.....	87
8.	Anexos.....	95
	Anexo 1: Declaração da Coordenação Nacional de DST e AIDS	
	Anexo 2: Consentimento pós-informação	
	Anexo 3: Parecer do Comitê de Ética da FMUSP	
	Anexo 4: Parecer do Comitê de Ética da FSP/USP	
	Anexo 5: Questionário com a pontuação estabelecida	
	Anexo 6: Médias alcançadas pelos serviços nas variáveis pontuadas, desvio padrão e coeficiente de variação	

ÍNDICES DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELAS

	Página
Tabela 01	Universe da pesquisa por estados e proporção de retorno dos questionários..... 34
Tabela 02	Número de serviços segundo compatibilidade na classificação de qualidade obtida nas metodologias qualitativa (quali) e quantitativa (quanti)..... 39
Tabela 03	Distribuição dos serviços segundo gestores..... 42
Tabela 04	Número de pacientes atendidos por serviços..... 44
Tabela 05	Distribuição dos serviços segundo dias de funcionamento semanal..... 46
Tabela 06	Distribuição dos serviços, segundo número de horas de funcionamento..... 46
Tabela 07	Proporção de serviços com falta de profissionais de nível universitário, segundo profissão..... 48
Tabela 08	Número e proporção de profissionais de nível universitário (exceto o médico), segundo exclusividade ou não nos serviços de Aids pesquisados..... 49
Tabela 09	Proporção de disponibilidade de alguns exames essenciais para acompanhamento de pacientes HIV/aids..... 51
Tabela 10	Tempo de espera para as principais especialidades médicas 52
Tabela 11	Disponibilidade de ARV nos serviços pesquisados..... 54
Tabela 12	Proporção de disponibilidade de alguns medicamentos para doenças oportunistas..... 55
Tabela 13	Número de consultas previstas por período de 4 horas para cada infectologista e/ou clínico geral..... 59
Tabela 14	Tempo médio de duração do atendimento do infectologista e/ou clínico geral para consultas médicas para casos novos e retorno de pacientes em uso de ARV..... 59
Tabela 15	Relação entre as respostas sobre o tempo de retorno em consulta médica para pacientes em uso de ARV e o intervalo de retorno ao serviço de quem inicia a terapia ARV..... 62
Tabela 16	Formas utilizadas pelos serviços para verificar o uso correto das medicações..... 63
Tabela 17	Condutas frente a um paciente com dificuldades no tratamento..... 63
Tabela 18	Mecanismo utilizado pelos serviços, para garantir acesso aos ARV, quando o agendamento de rotina prevê um intervalo de mais de 30 dias entre as consultas médicas..... 64

Tabela 19	Maiores e menores médias obtidas pelos serviços, segundo estados.....	70
Tabela 20	Número e proporção de serviços nos grupos de qualidade por estado.....	72
Tabela 21	Distribuição da frequência de serviços, segundo variáveis selecionadas.....	76
Tabela 22	Odds Ratio Bruto/ Ajustado de pertencer aos grupos de serviços de <u>Melhor</u> Qualidade (Grupo 1 Ou Grupo 2) segundo variáveis selecionadas.....	77

GRÁFICOS

		página
Gráfico 01	Proporção dos serviços, segundo a média de exames de CD4 disponível por pacientes.....	50
Gráfico 02	Proporção dos serviços, segundo a média de exames de Carga Viral disponível por pacientes.....	50
Gráfico 03	Distribuição dos grupos, segundo a pontuação máxima, mínima e média geral alcançadas.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Nome
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
ARV	Anti-retroviral (medicamento)
AZT	Zidovudina (medicamento)
CN-DST/AIDS	Coordenação Nacional de DST e Aids
ddC	Zalcitabina (medicamento)
DDI	Didanosina (medicamento)
DHDS	Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
HD	Hospital Dia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SESSP	Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Universidade Básica de Saúde

1. APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

Este estudo realiza uma avaliação dos serviços públicos ambulatoriais de aids de 7 estados do Brasil. Ele faz parte de uma linha de pesquisa desenvolvida no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) e que vem sendo conduzida pela equipe "QualiAids". Esta equipe está sediada institucionalmente naquele Departamento e conduz pesquisas e avaliações sobre o Programa Brasileiro de DST/Aids focadas na qualidade do cuidado aos doentes e na adesão ao tratamento anti-retroviral.

A equipe QualiAids é composta por profissionais de diversas formações da área da saúde, alguns com experiência predominantemente acadêmica e outros com experiência predominantemente em serviços de assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/aids.

A linha de pesquisa 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 arguir ética, técnica e politicamente as práticas públicas de saúde. Uma das finalidades do projeto é a de instrumentalizar o Programa Brasileiro de DST e Aids para a implementação de iniciativas amplas de qualidade, tais como sistemas de acreditação e monitoramento.

Minha participação nessa equipe iniciou-se no mestrado. Naquela ocasião participei da pesquisa "Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo", que foi realizado durante os anos de 1998 e 1999 (BRASIL 2000b). Meu primeiro contato com o grupo foi como coordenadora local da pesquisa em um dos municípios participantes. Posteriormente me agreguei à "equipe central" que faria a análise do material qualitativo coletado e que resultou na minha dissertação

de mestrado com o título: "Avaliação da aderência de usuários do sistema público de assistência ao tratamento de aids: uma análise qualitativa" (MELCHIOR 2000).

A pesquisa de aderência ao tratamento no Estado de São Paulo foi o primeiro trabalho desenvolvido pelo grupo. Uma das principais evidências do estudo foi de que a adesão ao tratamento estava ligada aos diferentes tipos de serviços existentes. O material qualitativo utilizado em minha dissertação também evidenciou a importância da assistência prestada, como o acolhimento adequado, a demonstração de boa qualidade técnica e a capacidade de diálogo e de "negociação" de parte do serviço de saúde, como determinantes na superação das dificuldades relacionadas ao tratamento.

Com base nesse resultado, a investigação "Avaliação da qualidade da assistência ambulatorial e da adesão ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de atenção à aids no Brasil" foi apresentada à Coordenação Nacional de DST/Aids. O estudo foi desmembrado em dois sub-projetos: um de avaliação da qualidade da assistência ambulatorial e outro da prevalência da adesão ao tratamento. A Coordenação Nacional, apesar de ser financiadora e co-promotora do projeto, não participou da execução do mesmo, que se tratou de uma avaliação externa.

Concomitante a esses dois projetos, foi realizado um outro, que buscava aprofundar a análise realizada em 1998 dos serviços que participaram da pesquisa da aderência no Estado de São Paulo. Esse projeto, que foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), permitiu avaliações qualitativas dessas 27 unidades através de visitas realizadas pelos pesquisadores da equipe e possibilitou o teste do instrumento e a validação do modelo de análise do sub-projeto de avaliação da qualidade. Assim os projetos se integraram e se potencializaram mutuamente.

Participei intensamente de todos os sub-projetos da equipe, desde o desenho inicial, o desenvolvimento dos instrumentos, a aplicação e montagem dos bancos, o desenvolvimento do modelo de análise. O trabalho

de análise aqui apresentado representa a parte da pesquisa que ficou diretamente sob minha responsabilidade, ainda que a mesma sempre deva ser considerado um trabalho de equipe¹. O desenvolvimento do texto a seguir, a apreensão teórica e dos resultados obtidos são de minha única responsabilidade, como é de exigência de um doutorado.

¹ Ainda que o texto apresentado a seguir seja de minha inteira responsabilidade, a construção dos instrumentos utilizados e das estratégias metodológicas deve ser também creditada à equipe QuallAids, principalmente a: Elen Rose Lodeiro Castanheira, Cáritas Relva Basso, Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves, Angela Aparecida Donini, Mary Franklyn Gonçalves e, particularmente, à coordenadora da equipe Profa. Dra Maria Ines Battistella Nemes.

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da assistência ambulatorial nos serviços públicos brasileiros de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids.

Objetivos Específicos

1. Identificar as principais características institucionais dos serviços ambulatoriais de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids do Brasil.
2. Analisar as características da organização do trabalho da assistência às pessoas vivendo com HIV/aids.
3. Classificar os serviços ambulatoriais de aids em níveis/grupos de qualidade
4. Identificar variáveis relacionadas ao nível de qualidade dos serviços ambulatoriais de aids
5. Dar subsídios ao Programa Nacional de Aids para a melhoria da qualidade dos serviços.
6. Contribuir para a criação de instrumentos de avaliação e monitoramento da qualidade da assistência às pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil

3. A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL A PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO BRASIL

3. A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO BRASIL

No Brasil, os agravos à saúde de maior magnitude e impacto social têm sido, tradicionalmente, trabalhados pelo Estado de forma vertical e centralizada.

Em relação à aids, porém, a questão da descentralização das ações de controle sempre existiu no interior das instituições centrais (Coordenação Nacional e Estaduais, principalmente a paulista), mas sempre tensionada pelo despreparo técnico dos profissionais da "ponta" no manejo da doença somado a todo o medo e preconceito que a envolviam (BASSO 2002, GUERRA 1993).

A discussão acerca da descentralização dos atendimentos percorreu a década de 1990, justificada inclusive, através de projeções baseadas em modelos matemáticos que mostravam uma progressão avassaladora da epidemia, parecendo óbvio que, em pouco tempo, os serviços especializados seriam insuficientes para atender a demanda dos novos doentes e que era necessário que os profissionais das unidades básicas se preparassem para o atendimento.

A descentralização ganhou novo argumento com a chamada interiorização da doença. O estudo realizado por SZWARCWALD et. al (2000) mostra que no período de 1990-1992 cerca de 20% dos municípios com menos de 50.000 habitantes haviam registrado pelo menos um caso de aids, sendo que no período 1994-96 este percentual ultrapassou 35%.

Nesta conjuntura muitos municípios do interior do país acabaram abrindo serviços de atendimento. Essa característica pode ser observada no Estado de São Paulo que conta hoje com 171 serviços, sendo 27 na capital e 144 no interior (em 1993 eram apenas 13 no interior).

Este movimento ocorreu em todo o Brasil. Segundo a Coordenação Nacional de DST e Aids (CN-DST/AIDS), em 1996 existiam 33 serviços ambulatoriais cadastrados como Serviços de Assistência Especializada

(SAE). Durante o ano de 1997, mais 48 foram credenciados. Em junho de 1998, o grupo incluía 76 serviços e, em 1999, 145 (BRASIL 2000a).

Este movimento determinou a existência de serviços com as mais variadas situações institucionais, que vão desde serviços agregados a Unidades Básicas de Saúde (UBS) até ambulatórios ligados a grandes hospitais e com características muitas vezes diversas das preconizadas pela CN-DST/AIDS para os SAE, forma institucional recomendada pelo programa para a assistência desde 1994 (BRASIL 2000a).

Em documento da CN-DST/AIDS, "Serviço de Assistência Especializada –SAE" (BRASIL s/d), o SAE é conceituado como uma unidade assistencial ambulatorial que fixa o portador de HIV/aids a uma equipe que o acompanhará ao longo de sua enfermidade. Recomenda que os serviços se instalem junto a unidades públicas pré-existentes mas coloca as seguintes atividades como inerentes ao serviço: resolutividade diagnóstica, tratamento com assistência farmacêutica, acompanhamento e atendimento psicossocial aos pacientes e seus familiares. Estabelece uma equipe multidisciplinar composta por médico (clínico-geral ou infectologista), enfermeiro, assistente social, psicólogo, farmacêutico e dentista.

Em avaliação realizada em 1998 pela CN-DST/AIDS constatou-se que o padrão mínimo dos SAE não era homogêneo no país, existindo serviços credenciados que careciam de certos critérios, como o da equipe mínima, por exemplo (BRASIL 2000a). Por outro lado, estimamos que existam cerca de 500 serviços implantados no país, sendo apenas 145 credenciados como SAE, ou seja a grande maioria não foi avaliada no estudo acima citado.

Outro aspecto dessa questão é a falta de definição dos níveis de complexidade de atendimento de cada serviço, que impede uma organização da assistência por níveis crescentes de complexidade, como o recomendado pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) (PAHO/WHO 2000). A expansão dos serviços não foi acompanhada por uma definição de hierarquia entre os mesmos, sem estabelecer uma rede de apoio entre os serviços menores e

os mais especializados, e sem que aqueles possuíssem todo o aporte tecnológico disponível nesses centros.

No documento referente aos SAE citado acima é mencionado que os mesmos deveriam contar com retaguarda laboratorial e se relacionar com as UBS, “conduzindo, de forma gradual a descentralização” (BRASIL s/d). O SAE é colocado ainda como base do sistema tendo apoio do Hospital Dia (HD) e da Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT).

Obviamente, alguma relação entre os serviços existe, mas é aquela dada pela prática dos serviços de saúde em encaminhar os pacientes cujo tratamento não seja possível naquele nível de complexidade (por exemplo, aqueles que precisem de internação ou de exames sofisticados). Esse tipo de referência, não articulada e não organizada, não garante o acesso do paciente ao outro serviço, e menos ainda, apoio técnico para as unidades menores.

Atualmente, devido principalmente à política da CN-DST/AIDS da prevenção da Transmissão Vertical, muitos serviços especializados têm se articulado com a rede básica na busca da ampliação do diagnóstico da doença em mulheres grávidas (CASTANHEIRA 2002). Mas esse serviço raramente se estende a outras parcelas da população atendidas nas UBS e muitas vezes por oposição dos próprios profissionais de saúde a incorporar esse atendimento.

E qual a razão para que a simples incorporação do oferecimento do teste diagnóstico de aids na rede básica traga sempre angústia e resistência por parte dos profissionais de saúde?

O tratamento da aids nunca foi simples. Até 1989 não havia tratamento específico para a doença, mas o manejo das doenças oportunistas e a sua quimioprofilaxia exigiam o suporte de infectologistas levando, inclusive, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (SESSP) a contratar três infectologistas para a Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde (DHDS), fato inédito na Secretaria Estadual, sendo que esse profissional habitualmente só possuía campo de trabalho nos Hospitais Universitários (GUERRA 1993).

O primeiro medicamento específico, a zidovudina (AZT), foi desenvolvido em 1989 (MARINS et. al 2002), seguido do ddI e ddC em 1993 e 1995 (BASSO 2002). Estudos demonstraram que o AZT isoladamente não alterava o tempo de sobrevivência do paciente, exceto quando utilizado em conjunto com as quimioprofilaxias (BASSO 2002, MARINS et. al 2002). Em 1995 foi demonstrado que a terapia dupla, o AZT combinado com os outros medicamentos, era capaz de aumentar discretamente a sobrevivência dos pacientes (MARINS et. al 2002). Dessa forma, em razão dessas múltiplas combinações de vários medicamentos e terapias, o manejo da aids sempre exigiu uma atualização constante dos profissionais.

Com o desenvolvimento de novos anti-retrovirais (ARV) e com o sucesso anunciado na XI Conferência Internacional de Vancouver, em 1996, da terapia tripla combinada de alto impacto (HAART- highly active antiretroviral therapy) (MARINS et. al 2002), uma nova etapa no tratamento clínico da aids se inaugurava. Inicialmente os novos ARV eram oito e atualmente são 15 os distribuídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL 2003). O melhor esquema, o momento ideal para o início do tratamento, os problemas de aderência e de falência do tratamento e os esquemas de resgates, são algumas das questões que dificultam o manejo da doença fora de centros especializados.

Por outro lado, desde a descrição dos primeiros casos de aids, tornou-se claro que apenas o enfrentamento clínico da doença não bastava. As pessoas vivendo com HIV/aids desde o começo da epidemia reclamavam direitos humanos e civis na luta contra o preconceito e a discriminação. Lutavam contra o abandono e buscavam apoio para enfrentar o dilema da morte e também para impedir que se decretasse a morte civil dos portadores, termo utilizado por Herbert Daniel para indicar a perda dos direitos civis desses pacientes devido a discriminação e o preconceito (DANIEL 1989). O paciente vivendo com HIV/aids trouxe para dentro dos serviços discussões éticas, morais e de vida, como a questão de lidar com a morte, que há muito os profissionais de saúde se furtavam enfrentar.

Todos esses aspectos trouxeram outros atores e profissionais, não necessariamente da área da saúde, para dentro das discussões e das definições políticas dos programas de aids. O Programa de Aids do Estado de São Paulo, que foi o primeiro a organizar as ações de saúde para o controle e prevenção de aids no Brasil, desde o início já contava com a participação da sociedade civil organizada na determinação de suas políticas (GUERRA 1993).

A necessidade de outras abordagens que não da clínica médica, justificou a formação de uma equipe multiprofissional no interior dos serviços, posteriormente preconizada nos SAE, como referido acima. Nela se destacam as presenças do psicólogo e do assistente social, como nova incorporação das necessidades desse paciente, que iam para além da simples questão biológica. Requeriam, por exemplo, os saberes da área da psicologia e apoio na luta pelos direitos civis.

Esse imperativo de ampliação na abordagem, buscando uma assistência que abarque todas as necessidades do paciente, não é uma proposta que nasce com a aids mas, indubitavelmente, ganha impulso nesse período. Um exemplo disso foi o estabelecimento do direito do paciente de decidir sobre realizar ou não o exame diagnóstico de aids, tipo de decisão que tradicionalmente tem sido prerrogativa do médico.

Contrapondo-se à política defendida na época por alguns organismos internacionais, de que apenas a prevenção fosse alvo de atenção nos programas de aids em países pobres, o Brasil tem organizado a assistência às pessoas vivendo com HIV/aids desde o início do seu enfrentamento. A dimensão que mais claramente evidencia isto é a de acesso universal aos medicamentos, estabelecido desde 1991 (TEIXEIRA 1997, BASSO 1999, MARINS et. al 2002).

Para além da política de acesso aos medicamentos, o programa de aids se instituiu com propostas tecnológicas complexas incentivando os serviços ambulatoriais a se organizarem com equipes mínimas de atendimento, através da oferta de treinamento para essas equipes e de incentivos financeiros para a sua implantação (BRASIL 2000a).

A assunção da complexidade da assistência por parte do Programa, já nas suas primeiras formulações, colocou em cena a questão da qualidade, entendida no sentido do serviço poder oferecer o aporte tecnológico mínimo necessário –material e não material- para o manejo da doença.

O Brasil possui graves problemas sociais, e além da pobreza, existe a concentração de renda que gera grandes diferenças de acesso aos serviços de saúde. Essa diferença não ocorre apenas entre os serviços públicos e os privados, mas também entre municípios mais ricos, que possuem maior arrecadação e possibilidade de organizar seus serviços, e os que arrecadam menos, em geral municípios menores. Outros fatores, tais como diferenças regionais e institucionais, geram serviços com pouca estrutura para o atendimento. No entanto, pelas próprias condições de carência de grande parte da população que historicamente possui pouco acesso a bens materiais e de consumo, o “ter acesso” muitas vezes é considerado o aspecto mais importante, mesmo que descolado de princípios mínimos de qualidade. Essa situação é refletida nos discursos dos trabalhadores de saúde com o habitual “aqui fazemos o mínimo” (SCHARAIBER et. al 1999).

A Constituição Federal Brasileira traz, entre os princípios do SUS, não só a universalidade da atenção mas também a equidade. Esta pressupõe justiça social, o que significa dizer que, se há tecnologias disponíveis no serviço público, essas tecnologias devem estar disponíveis, com qualidade, para todos os cidadãos.

Desse modo, nesta avaliação pressupomos que as pessoas vivendo com HIV/aids possuem o direito de acesso às tecnologias consideradas essenciais para o seu tratamento: “o mínimo necessário”. Não só acesso aos ARV, mas também ao psicólogo, não apenas aos exames de carga viral e CD4, mas ao serviço de assistência social, acesso ao tratamento odontológico e, porque não, ao tratamento estético da lipodistrofia¹.

¹ A lipodistrofia, alteração na distribuição corporal da gordura, causando o acúmulo ou perda de gordura em áreas localizadas do corpo, é um efeito colateral de alguns anti-retrovirais, sendo nitidamente notado em região de faces, causando um aspecto de envelhecimento no paciente. Atualmente é tratado através de procedimentos considerados estéticos.

Isso significa dizer que, mesmo que os serviços de assistência a pessoas vivendo com HIV/aids espalhados pelo Brasil apresentem imensas diferenças institucionais, organizacionais e estruturais, todos devem possuir o mínimo necessário e não apenas o mínimo possível. Assim, por exemplo, mesmo os serviços menores deveriam possuir psicólogos.

Este foi o desafio desta pesquisa: realizar uma avaliação de abrangência nacional, utilizando um instrumento que conseguisse abarcar os pequenos e os grandes serviços sem, por outro lado, realizar um nivelamento do critério avaliativo, onde os pequenos serviços fossem considerados muito ruins e os grandes, a princípio, por seu aporte de recursos, se colocassem como melhores, mas também sem abrir mão do mínimo necessário para garantir uma assistência de acordo com as pressuposições éticas do programa.

Uma outra condição necessária para a avaliação também nos pareceu satisfeita. Em que pese a diversidade dos serviços, já há um corpo de conhecimentos suficiente para o estabelecimento de muitos padrões de prática assistencial. Isso significa dizer que, ao longo desses 20 anos de organização da assistência e de estudos na área, houve um acúmulo teórico e prático que permite certas padronizações da assistência.

Por último, a questão institucional: todos os serviços brasileiros estão, direta ou indiretamente, ligados à CN-DST/AIDS. Essa ligação foi se estreitando ao longo dos anos, através de convênios e parcerias para repasse de verbas para projetos. Outro fato que justifica este elo é a própria distribuição de ARV, que possui uma logística complexa, obrigando os serviços a se relacionar com a CN-DST/AIDS pelo menos no tocante ao controle da medicação.

4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1. Questões Teóricas

A avaliação em programas de educação e saúde pública já existia nos países desenvolvidos desde o início do século XX. Todavia, a grande impulsão dessa área foi dada, principalmente, pela ampla expansão dos serviços de saúde, pelo rápido desenvolvimento tecnológico e pela responsabilização dos governos pós 2ª Guerra Mundial pelas áreas sociais, gerando alto investimento no setor (NEMES 2001, NOVAES 2000, SESSIONS 2001).

Hoje já é possível falar em “campo da avaliação” em razão da multiplicidade de questões e abordagens relacionadas a conceitos como desempenho, efetividade, eficácia, eficiência e idoneidade das intervenções em saúde. Aqui colocaremos apenas aquelas questões mais próprias do “campo da avaliação” que contribuem para um maior compreensão do nosso trabalho.

Tomamos este estudo, que avalia os serviços ambulatoriais de assistência às pessoas vivendo com HIV/aids, como uma avaliação de programa, considerando que nesses serviços existe uma articulação de *“processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos específicos”* (NOVAES 2000, p.552).

Independentemente do tipo de avaliação de programa que se pretende realizar, são necessários o respeito a alguns aspectos na intenção de alcançar um bom processo avaliatório. A “Joint Committe on Standards for Educational Evaluation”, com a aprovação da “American National Standards”, da “American Evaluation Association” e mais 14 organizações profissionais, aprovou, em 15 de março de 1994, quatro “standards” para uma avaliação efetiva (THE JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION 1994):

- utilidade (“utility”) – ser útil para todos os atores envolvidos no processo avaliatório

- factibilidade ("feasibility") – ser realístico, diplomático e frugal
- apropriado ("propriety") – ser ética e politicamente de acordo com os valores do programa.
- Precisão (accuracy) – produzir informações relevantes e tecnicamente corretas

Como os programas se constituem em processos complexos que visam atingir objetivos em populações-alvo, sua avaliação envolve uma específica questão metodológica. As avaliações que se limitam a comparar os resultados esperados com os obtidos, usualmente utilizam a metodologia chamada de caixa-preta ("black box evaluation"). Esse tipo de avaliação possui vários limitantes. Por exemplo, ela não permite uma reavaliação dos objetivos propostos, os quais, no decorrer do processo, podem se mostrar super ou subestimados. Também não é possível detectar produtos não esperados (positivos ou negativos), porque trata apenas de resultados pré-estabelecidos. Além disso, por não analisar os problemas decorridos durante o processo, o resultado da avaliação tem pouco poder de instrumentalização para mudanças (NEMES 2001, NOVAES 2000).

Para CHEN (1990) a busca excessiva por objetividade, de algumas abordagens, impõe regras rígidas que podem desconsiderar as características específicas dos programas. Metodologias com essas características são chamadas pelo o autor de "method-driven evaluations" (CHEN 1990).

A metodologia utilizada em nosso trabalho está baseada em uma abordagem proposta por CHEN & ROSSI (1987) e CHEN (1990), a *theory-driven evaluation*. Essa abordagem procura justamente considerar as características próprias de cada programa. Assim, o aporte teórico busca interpretar os valores do programa. Estas interpretações devem ser "traduzidas" sucessivamente em normas, critérios, indicadores e padrões deajuizamento, coerentes com aqueles valores, e que simultaneamente sejam sensíveis ao perfil tecnológico geral dominante na prática atual do programa. Os termos "norma, critério, indicador, padrão" expressam a seqüência do raciocínio avaliativo, que delimita progressivamente a forma de "julgamento"

final. A norma é a explicitação dos valores presentes no plano ético-normativo do programa; o critério é um componente ou um conjunto de componentes tecnológicos do programa que apresenta maior sensibilidade para objetivar a norma. O indicador é uma característica importante deste componente tecnológico que é capaz de “carregar” adequadamente o valor prescrito. O padrão é a especificação valorativa do indicador que delimita um determinado grau de qualidade reconhecido como satisfatório, definindo os limites do aceitável (NEMES, comunicação pessoal)¹.

Avaliar pressupõe um juízo de valores. O avaliador deve julgar se o objeto avaliado é bom ou ruim, adequado ou inadequado. Nesse sentido é necessário explicitar qual o pressuposto adotado, contra o que está se julgando.

AGUILAR & ANDER-EGG (1994) afirmam: “Trata-se, pois, de um juízo que envolve a avaliação ou estimativa de algo (objeto, situação ou processo) de acordo com determinados critérios de valor com que se emite o juízo.” Esses autores, chamam de “quase-avaliações” estudos descritivos, como relatórios de atividades, descrições de programas, etc. As Quase-avaliações, apesar de possuírem a idéia de valoração, não chegam a emitir juízo de valores, que é a característica central de um processo avaliativo. As quase-avaliações, no entanto podem contribuir para a transparência e inteligibilidade de processos e indicar necessidade de monitoramentos e de outras avaliações (NEMES 2001).

O primeiro passo na avaliação é definir o objeto que será avaliado - a dimensão da realidade que será abordada - e quais os critérios de julgamento que serão utilizados. Na avaliação, como em toda pesquisa científica, não é possível fazer uma abordagem de todos os aspectos da realidade em um só momento.

Da mesma forma, a mesma realidade pode ser lida e analisada de diferentes modos. O recorte que realizamos é guiado pela teoria que adotamos. Explicitar o referencial teórico adotado faz parte da busca do controle da subjetividade que envolve o juízo de valores. Decorrente, então,

¹Essa classificação, segundo NEMES, foi adaptada de DONABEDIAN (1981).

do referencial adotado, se faz a definição dos parâmetros e indicadores, também essencial, como destaca NEMES (2001):

O "ciclo avaliativo" necessita da elaboração de critérios ou parâmetros que, fundados em teorias acerca da intervenção possam produzir indicadores válidos para o julgamento. Por isso é possível dizer que se o passo mais difícil - e verdadeiramente criativo- da pesquisa científica está na formulação de hipóteses, o passo mais difícil da avaliação é o da formulação de indicadores (p.9).

A construção de indicadores que sejam relevantes para o objeto escolhido e sensíveis para detectar o que não está compatível segundo a teoria adotada, é fundamental nesse processo. Por outro lado, os avaliadores devem buscar indicadores que retratem o valor da intervenção para os diversos atores envolvidos no processo. À semelhança do padrão "utilidade", estabelecido pela "Joint Committee on Standards for Educational Evaluation", CHEN (1990) adota o termo "responsiveness", cujo significado é exatamente esse: uma avaliação que seja importante para todos os membros envolvidos.

Dissemos que este trabalho se insere na vertente de avaliação de programas. Contudo, o objeto da nossa avaliação é a assistência ambulatorial de aids no Brasil e o objetivo é avaliar a *qualidade* desta assistência. Aqui é preciso fazer uma outra delimitação.

A definição do que está se tomando como "qualidade" é essencial por ser tratar de um termo polissêmico e que, no campo da avaliação em saúde, tem designado uma específica vertente. Esta vertente está normalmente associada a estudos originados nas teorias donabedianas e voltadas para a avaliação técnica do cuidado médico (NOVAES 2000). No Brasil essa linha de pesquisa vem sendo bem desenvolvida no âmbito da gestão dos hospitais e particularmente do setor privado. As avaliações desses hospitais são incentivadas por associações institucionais que oferecem incentivos

como os “Selos de Qualidade”. Outro exemplo é o sistema de acreditação dos hospitais. Os indicadores utilizados são os de adequação da estrutura do serviço, a adoção de “guidelines” como garantia da qualidade do processo e a análise de resultados alcançados (DE GEYNDT 2001).

Como toda avaliação de programa, em especial naquelas que possuem a assistência como um de seus componentes e são baseadas em tecnologias complexas -materiais e não-materiais- ela apresenta importantes interfaces com as avaliações mais identificadas com as vertentes de avaliação da qualidade e avaliação tecnológica (NOVAES 2000).

No Brasil, no entanto, pela incipiente prática avaliativa e diferentes contextos históricos, essas classificações não possuem contornos muito claros (NOVAES 2000, NEMES 2001).

A qualidade neste estudo é fundada na organização tecnológica do trabalho de assistência à saúde. A organização tecnológica pode se dar por diversas lógicas, sendo uma delas a programática, que é como tomamos a assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/aids.

Passemos agora a uma melhor explanação dos motivos pelos quais compreendemos a assistência ambulatorial de aids como uma atividade programática.²

Com relação aos serviços ambulatoriais de aids no Brasil, tomamos como pressuposto que atenção ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/aids não é um trabalho apenas de atendimento médico em uma especialidade clínica. Exige uma organização do trabalho do tipo programática, portanto complexa e multiprofissional, estabelecida segundo prioridades epidemiológicas, clínicas e éticas, que devem estar integradas e articuladas entre si. Essa pressuposição foi muito bem defendida por CASTANHEIRA (2002) em sua tese de doutorado, quando fez uma análise das características do Programa de Aids em São Paulo, destacando que essas não são afetas apenas a esse estado. Uma de suas primeiras afirmações é de que a assistência aos doentes sempre esteve presente, ao lado das ações de vigilância epidemiológica e de prevenção. Comparando

² Para maiores detalhes sobre esse assunto ver CASTANHEIRA (2002).

as proposições do Programa de Aids com as dos outros programas tradicionais da saúde pública (Hanseníase e Tuberculose) reconhece que, nesse primeiro, o objetivo do tratamento não é exatamente o mesmo dos outros, que o incorporam justamente pelo fato do tratamento de um caso possibilitar a interrupção da cadeia de transmissibilidade. Assim, no caso da aids, a assistência individual está menos fundamentada no saber epidemiológico e na educação sanitária e mais fortemente amparada nos valores éticos, do direito à cidadania e do acesso universal à assistência:

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, (....)
(CASTANHEIRA 2002, p. 32).

Atualmente, com a já bem estabelecida redução do risco da transmissão vertical devido ao uso de AZT (anti-retroviral) já podemos falar que o tratamento, no caso da mãe, tenha o objetivo de diminuir taxas de incidência, pelo menos nos recém-nascidos.

Castanheira (2002) destaca ainda as seguintes características programáticas no interior da assistência ambulatorial: mecanismos de captação de casos (por meio da testagem e aconselhamento desenvolvidos nos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids (CTAS) - 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.

Se, por um lado, o pressuposto da assistência ambulatorial de aids como uma atividade programática nos conduz para determinado tipo de avaliação e indicadores, por outro não é possível abstrair sua condição de prática ambulatorial de especialidades que é, e que, portanto, também possui características dessa prática estabelecida no histórico brasileiro em período anterior ao do SUS.

O ambulatório clássico de especialidades se organizou, como serviço conveniado ou próprio do INAMPS, para dar resposta clínica individual à população demandante e não como estratégia sanitária de controle de agravos na coletividade. Na maioria das vezes, o único profissional que operava esses serviços era o médico, sendo que, nos lugares onde havia profissionais de enfermagem esses possuíam a única função de auxiliá-lo, quase só administrativamente. Como o pólo principal dessa atividade era o clínico/biológico/individual, não havia ênfase em atividades eminentemente do pólo sanitário, como busca de faltosos em consultas médicas.

Muitos ambulatórios de aids se instalaram em serviços dessa natureza e, portanto, distante da prática programática. Podemos considerar que os ambulatórios de especialidade atualmente não se encontram tão isolados com relação ao SUS e que, em alguns municípios, tenham avançado em relação à articulação do especialista com a rede básica, na tentativa de impactar problemas de saúde. Mas o que geralmente se apresenta são serviços em que a hegemonia é de profissionais com uma visão estritamente biológica do tratamento do paciente, distante da integralidade preconizada pelo SUS e mais distante ainda da compreensão de uma prática programática, como foi observado na avaliação realizada por CASTANHEIRA et. al (2000). O serviço ambulatorial se caracteriza ainda por

elevada autonomia dos profissionais no exercício de suas atividades, em especial do médico. Conseqüentemente, se encontra pouco controle técnico do exercício das atividades dos profissionais, o que reflete também em baixa aderência a rotinas e as normatizações dos serviços. Como exemplo podemos citar os retornos dos pacientes ao serviço, que normalmente são determinados pelo médico, não seguindo uma rotina própria do serviço. Os outros profissionais acabam reproduzindo esse padrão hegemônico do médico. Por exemplo, o psicólogo, que também possui alta autonomia profissional. Esse profissional pode atuar segundo uma série de teorias e através de outras tantas técnicas. Não há, no Programa de Aids, e nos serviços públicos de uma maneira geral, uma corrente teórica a ser seguida pelos psicólogos. Tampouco há priorização de demandas, a não ser pela questão da gravidade, dado que, na maioria das vezes são os outros profissionais do serviço que encaminham para o serviço de psicologia os pacientes que entendem necessitar de “apoio psicológico”. Nesse sentido, o trabalho dos psicólogos é menos passível de normatização do que o do próprio médico, cujo “modo de operar”, bastante popular, é mais reconhecido, seja pelos outros profissionais ou até mesmo pelos próprios pacientes.

Porém, o programa de aids, no qual, como vimos, a assistência ambulatorial se insere, possui mecanismo de regulação, que, se não chega ao controle da atividade técnica dos profissionais, consegue imprimir alguma normatização. Podemos citar a normatização decorrente da distribuição universal de ARV. Uma das regulamentações dessa distribuição é a de que a quantidade de medicação liberada seja a necessária para um mês de tratamento, e que para cada dispensação seja retida a receita médica e uma ficha específica de controle. Se essa regulamentação a rigor não garante que os retornos dos pacientes ocorram mensalmente (os serviços criam mecanismos para fornecimento de medicação nos meses em que o paciente não tem retorno médico, como a do médico deixar receitas prontas no prontuário do paciente) pelo menos, estabelece um padrão de referência para esse intervalo.

Ação Programática em Saúde

O Programa de Aids pode ser considerado um exemplo peculiar da construção de uma tecnologia que procura dar conta do direito à assistência médica individual, que hoje se constitui em um direito constitucional e, por outro lado, possui estratégias de controle da doença no coletivo, utilizando para isso instrumentais epidemiológicos. Busca ainda trabalhar com outros saberes e áreas, que dêem resposta para outras necessidades de saúde advindas tanto da representação social da aids como das próprias adversidades de nossa sociedade.

Essa conexão entre diferentes formas de organização do trabalho, decorrentes do pólo clínico e do pólo sanitário, numa integração desses e de outros saberes, concretizada no interior técnico do trabalho, é proposto na teoria de ação programática, a qual discutiremos brevemente.

NEMES (2000b) afirma que "as ações programáticas constituem forma de organizar o trabalho coletivo no serviço de assistência à saúde" (p.48) e conceitua:

A ação programática pode ser definida como uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológica (p.48.)

Ainda segundo NEMES (2000b), pode-se dizer que a ação programática tem sua origem nos programas de saúde da década de 1970. Por exemplo, o programa de tuberculose busca, além da resposta individual para o doente, através do tratamento específico daquele indivíduo, calcado no saber clínico da doença, romper a cadeia de transmissão e diminuir a incidência da doença na população, objeto do saber sanitário. Para garantir que a cadeia seja rompida, vale-se de mecanismos como o da *dose supervisionada*, que pressupõe que o paciente tome a medicação diante do profissional responsável por seu tratamento, como forma de aumentar a sua

adesão ao tratamento. A programação, portanto, como conceitua NEMES, tem na sua base (2000b, p.54):

(...) articular instrumentos de trabalho dirigidos a indivíduos, entre eles a assistência médica individual, a instrumento, diretamente dirigidos a coletivos, objetivando potencializar a efetividade epidemiológica de todos os instrumentos.

Porém, a ação programática é proposta em outro momento político-histórico. O SUS, garantido na Constituição, trouxe a universalidade da assistência e isso acabou determinando que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) se organizassem em torno dessa nova demanda, estabelecendo uma assistência do tipo “pronto-atendimento”, centrado na queixa principal do paciente (NEMES 2000b). A lógica desse tipo de atenção é justamente a de cada indivíduo regular o consumo da assistência médica procurando o atendimento segundo suas necessidades. Este modelo porém não traz impacto nas condições de saúde no coletivo e possui sérios problemas de financiamento para o sistema. Os custos desse consumo possuem uma escalada crescente, determinada pela incorporação de tecnologias de alto custo, cuja necessidade, sendo definida pelo próprio paciente e obviamente determinada por um padrão social, impossibilitam o acesso realmente universal a essas tecnologias.

Em outro pólo, a organização dos serviços de saúde baseada na epidemiologia, pressupõe uma priorização das demandas e de alocação de recursos em agravos considerados epidemiologicamente mais importantes, objetivando causar impacto no coletivo. Aqui as necessidades são determinadas no coletivo e não no individual.

É nesse contexto que a teoria da ação programática é calcada. Ela possui como referenciais ético-políticos a utilização do saber epidemiológico como forma de organizar o trabalho e garantir a realização de intervenções impactantes nos indicadores populacionais, mas também considera a

legitimidade do acesso ao consumo de assistência médica a toda população. Para NEMES (2000b), citando AYRES, é possível:

(...) criar dispositivos tecnológicos que possam tendencialmente superar as contradições de cada uma das vertentes, abrindo maiores possibilidades para a realização de suas potencialidades emancipadoras (p.58).

A assistência ambulatorial como trabalho

Esta avaliação se dirige à organização do trabalho de assistência, e vale dizer que seu foco está centrado na composição e articulação dos vários componentes do trabalho.

Dessa forma a **articulação do trabalho** representou uma das grandes categorias avaliativas dessa pesquisa e está baseada em um quadro referencial para análise dos processos de trabalho: o de “organização tecnológica do trabalho”, conforme proposto por MENDES-GONÇALVES (1994) e desenvolvido por uma linha de investigação sobre modelos tecnológicos de trabalho em atenção primária à saúde do Departamento de Medicina Preventiva -FMUSP³.

Com base neste referencial, NEMES (1996) destaca que o trabalho pode ser visto de dois planos analíticos: o ético-normativo e o técnico.

O plano da proposição do trabalho é um *plano ético-normativo*. Nele ocorrem sucessivas mediações 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). Como explica NEMES:

³ Esta linha é fundamentada nas originais análises de DONNNAGELO & PEREIRA (1979) e MENDES-GONÇALVES (1977,1992,1994) sobre o trabalho em saúde, desdobraram-se em diferentes abordagens, influenciando toda a produção da Saúde Coletiva brasileira. São particularmente representativas da linha de pesquisa original, duas coletâneas: SCHRAIBER (1993) e SCHRAIBER et. al (2000a).

*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, p.42).*

Avaliar a organização operada no trabalho significará analisar a rede de reconstruções que as prioridades, normas e padrões do plano ético-normativo sofrem no plano técnico (NEMES 1996).

O trabalho programático possui três eixos em sua estruturação: a priorização, a específica normatização e a padronização das ações.

A **priorização** pode ser considerada a característica central da estruturação programática, não no sentido da importância mas porque através dela e por meio de diagnósticos coletivos das necessidades os objetos de trabalhos serão recortados. Após esse recorte, o objeto deverá ser captado no plano técnico do trabalho, através de instrumentos de trabalho adequados, criando assim uma **normatização específica**. O eixo de **padrões de atuação** se articula com esses dois, e se concretiza nas regras de conduta de cada agente e no julgamento do andamento do trabalho.

Para melhor compreensão desses eixos, acompanhemos o raciocínio de NEMES (1996) em sua tese de doutorado:

*(....) **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 feita deverá estar presente no 'interior técnico' do trabalho através 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, p.41-42).*

A dinâmica do trabalho implica uma totalização reconstruindo, portanto, aquelas mediações. Assim, o trabalho é tanto melhor quanto mais evidenciável e dinâmica for a articulação entre os eixos da priorização, normatização e padronização, e tanto melhor será, então, a coerência da operação do trabalho com os valores implicados no plano ético-normativo (NEMES 1996). Nemes afirma ainda:

(...) um certo nível de articulação entre os eixos deve ocorrer em qualquer organização do trabalho. (...) 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 (...) encontrou-se (em dois estudos) um

descolamento importante entre o que se admite como prioritário, o que se elegia na hierarquização entre instrumentos e agentes, e os padrões principais sob os quais se opera e se julgava o trabalho. (...)" (NEMES 1996, p. 44 e 45).

NEMES (1996) propõe, como conclusão de seu estudo, um quadro de categorias referenciais para avaliação da articulação do trabalho assistencial em práticas programáticas de assistência ambulatorial, composto de uma rede de categorias avaliativas que buscam dirigir a abordagem sobre os momentos analíticos do trabalho, progressivamente mais próximos do momento prático do encontro assistencial agente-usuário:

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. 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.

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. Relaciona-se aos conjuntos tecnológicos de processos simultâneos e hierarquizados no interior da assistência. Refere-se à adequação do desenho geral do fluxograma assistencial, que compreende desde a captação e recepção de usuários ao "final" da assistência.

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. 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 à realização de atividades específicas e próprias do programa.

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. Refere-se à operação simultânea das diferentes atividades profissionais que compõem o programa.

Coerência dos padrões de julgamento e avaliação: refere-se à coerência do julgamento com o objeto do trabalho priorizado. Isso significa dizer se os instrumentos utilizados para as avaliações e se as avaliações são capaz de captar, no interior técnico do trabalho - na atuação dos agentes, se o objeto do trabalho priorizado está sendo contemplado.

Compreensão, aceitação e adesão dos agentes: capacidade dos agentes de operarem as normas éticas e técnicas do trabalho como reguladoras da autonomia técnica na ação profissional concreta, ou seja, se os agentes são orientados, diante das incertezas éticas e técnicas que a relação assistencial com cada indivíduo ou grupo provoca, pelos princípios éticos e técnicos implicados nas normas. Refere-se ao exercício profissional concreto e autônomo de cada profissional.

Efetividade comunicacional⁴ 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

⁴ Como categoria avaliativa, a efetividade comunicacional foi sugerida por AYRES em 1994 e desenvolvida por SALA, NEMES e COHEN. Citando os estudos teóricos desenvolvidos por AYRES os autores destacam: “... 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 (SALA et. al 2000, p.191). Em um projeto de pesquisa posterior, “Abordagem sintética para avaliação de programas de atenção primária à hipertensão arterial”, NEMES propôs como indicadores para avaliar a efetividade comunicacional entre os usuários do programa a autonomia na utilização das orientações e terapêuticas; domínio da relação com o serviço e a satisfação com o uso do serviço (NEMES & CYRINO 1999).

normatividade dos indivíduos e grupos como orientadora da ação técnica. Refere-se ao momento “final” do trabalho, o encontro com o usuário.

As categorias, apesar de focadas em momentos diversos do processo de trabalho, podem ser apreendidas em qualquer momento da operação. Por exemplo, **clareza na priorização** pode ser apreendida nas características da consulta médica, quando esse profissional se preocupa com a abordagem do parceiro⁵ e a efetividade operacional pode ser captada na arquitetura do trabalho, quando há espaços institucionalizados para comunicação, como abordagens em grupos.

Com base neste referencial, vimos desenvolvendo, desde 1998, vários sub-projetos de avaliação, sintetizados recentemente em NEMES e colaboradores (NEMES et. al 2002a, 2002b). Coerentemente com a perspectiva fundadora do quadro avaliativo que analisa o programa enquanto processo de trabalho, o quadro referencial avaliativo serve de base para interpretar os valores do programa em cada um dos momentos analíticos de sua objetivação em tecnologias concretas. Estas interpretações devem ser “traduzidas” sucessivamente em normas, critérios, indicadores e padrões deajuizamento coerentes com aqueles valores e que simultaneamente sejam sensíveis ao perfil tecnológico geral dominante na prática atual do programa. Assim, ajuizamos positivamente as ações do programa segundo as seguintes normas principais:

- ✓ manter coerência com as grandes finalidades do programa: aumento da sobrevida e da qualidade de vida dos que vivem com HIV e aids; diminuição da transmissão, com destaque para a transmissão vertical; promoção da cidadania e dos direitos humanos em geral com destaque para o respeito à individualidade dos sujeitos
- ✓ garantir bom acesso a alvos prioritários da assistência : pacientes novos, faltosos ou com queixas ; mulheres com HIV/aids e parceiros de pacientes;

⁵ Termo utilizado para designar o momento em que se aborda os cuidados na relação com os parceiros das pessoas vivendo com HIV/aids: a investigação sorológica, os cuidados com a reinfeção (CASTANHEIRA 2002).

- ✓ especificar as orientações na introdução dos medicamentos e para melhora da adesão; garantir sigilo; orientar os pacientes em relação a medidas de prevenção, autocuidado e vida reprodutiva; orientar os parceiros; oferecem ações dirigidas à saúde da mulher, em especial às gestantes;
- ✓ organizar as atividades de modo acoplado, valorizando a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe;
- ✓ estabelecer mecanismos de capacitação profissional e formação continuada, com canais concretos de diálogo permanente sobre o trabalho, de modo a instrumentar os agentes em seu agir profissional;
- ✓ definir formas de diálogo com os usuários e com a população-alvo organizada.

Outra grande categoria avaliativa dessa pesquisa é a adequação da base material para o trabalho, por nós denominada como **operacionalidade**. Essa adequação visa propiciar que a assistência seja operada segundo a arquitetura mínima que se espera para o trabalho. Os parâmetros avaliativos aqui se referem a número de profissionais, insumos materiais, estrutura física, organização geral do trabalho e biossegurança.

A operacionalidade, sob o nosso enfoque, não deve também ser vista como o mínimo possível. Temos o pressuposto de um mínimo necessário para que se dê a articulação do trabalho, para que o processo de trabalho se dê conforme idealizado para esse programa. Ou seja, se o referencial ético do programa tem como um de seus pilares a universalidade de atendimento, e isso está traduzido na distribuição universal dos anti-retrovirais, nos parece coerente, e portanto imprescindível, que também a distribuição de medicamentos para doenças oportunistas e para sua profilaxia, o acesso ao serviço de psicologia e serviço social, bem como das outras especialidades médicas, entre outros, sejam também garantidos.

Essa avaliação destina-se a estabelecer padrões aplicáveis a todas as unidades de assistência ambulatorial do programa brasileiro. Esta condição exige que a abordagem avaliativa abstraia a maioria das

características específicas locais, operando o julgamento mediante indicadores de avaliação válidos para todos os contextos (NEMES 2001).

Este tipo de avaliação, não obstante constate importantes sucessos e/ou fracassos, não consegue, muitas vezes, indicar hipóteses explicativas acerca do desempenho observado. Isto acontece especialmente quando este desempenho depende muito de determinantes contextuais. Importantes variações nos modos de operar o trabalho podem ocorrer mesmo quando o programa possui um padrão tecnológico bem definido. Nestes casos, as variáveis de contexto são tão importantes que determinam uma variabilidade de operação que pode alterar significativamente os resultados (HARTZ 1997, NEMES 2001)

Outro risco da homogenização é o de diminuir muito o foco avaliativo. Ou seja, ao se abstrair o contexto de uma forma substancial, o que sobra para avaliação é muito pouco, um foco que não indica um “quanto” aceitável de qualidade.

Entretanto, este tipo de avaliação é imprescindível para programas como o da aids, que necessitam manter um perfil tecnológico mínimo comum em uma operação descentralizada em nível nacional.

Para que captássemos uma dimensão importante da qualidade, vários cuidados foram tomados, como a revisão de literatura especializada e de documentos técnicos do Programa de Aids e os grupos de discussão com os gerentes do programa. O cuidado básico nesse aspecto foi na formação da equipe de pesquisadores dessa pesquisa avaliativa, que foi composta tanto por profissionais com mais experiência acadêmica, como por profissionais com experiência em serviços de aids.

Ao nosso ver, o instrumento conseguiu abstrair as variáveis de contexto e ao mesmo tempo captar uma dimensão importante da qualidade. Em outras palavras, ao responder que o serviço faz reuniões de equipe, isso não garante que exista uma integração dessa equipe mas, indubitavelmente, são necessárias reuniões de equipe para haver integração. O nosso instrumento é capaz de captar a existência de uma arquitetura mínima necessária para que a ação seja operada. Outro exemplo é a dedicação do

gerente: ter um gerente com tempo integral dedicado à função não garante um bom gerenciamento das ações, porém, um gerente com dedicação reduzida indica uma condição desfavorável para realizar um bom gerenciamento.

A definição acerca de qual dimensão da qualidade é que tratamos se torna essencial para justificar o nosso recorte. E essa dimensão da qualidade é definida pelas grandes perguntas da avaliação, que devem ser respondidas na busca de conduzir um bom processo avaliatório: por que, para quê, o quê, é possível e como avaliar (NEMES 2001). A avaliação está sempre sendo definida e redefinida por essas indagações. Cada escolha possui vantagens e desvantagens (DONABEDIAN 1980), e deve ser guiada por nossa teoria e por nosso objetivo.

Assim o nosso “por que avaliar”, cujo compromisso essencial foi com um Programa de abrangência nacional, preocupado em estabelecer patamares mínimos de qualidade, nos encaminha para uma pesquisa avaliativa em que todos os serviços possam ser enquadrados. Também pela preocupação gerencial que temos de pano de fundo, era necessário estabelecer uma categorização entre os serviços (grupos de qualidade), para propiciar que os serviços pudessem, através da aplicação de uma política de qualidade, mudar de patamar na classificação de qualidade. Por isso, não seria suficiente apenas descrever os serviços como um conjunto, discutindo suas principais falhas e acertos como grupo. Esse raciocínio nos fez optar pela criação de um *padrão ouro*, já que não havia um padrão pré-existente, possibilitando que cada serviço, após a avaliação, busque uma melhora na qualidade.

Outra definição vinda dessa necessidade de retratar a realidade brasileira, ou que ela fosse generalizável para o conjunto dos serviços do Brasil, foi a do próprio instrumento. Para isso foi preciso criar um instrumento estruturado, que pudesse ser auto-respondido e que, novamente, fosse pertinente para as diversas realidades abarcadas. Não é possível realizar uma avaliação com essa abrangência, com metodologias mais qualitativas. Por outro lado tivemos que lidar com os limites do próprio instrumento que

nos impedia o aprofundamento do foco. Assim, nessa escolha, algumas dimensões da qualidade não foram contempladas, como já aludimos anteriormente mas, por outro lado, foi possível avaliar um grande número de serviços, em um mesmo momento, e de forma generalizável para o conjunto dos serviços, e o mais importante, criar um *baseline* para que novas avaliações sejam realizadas, com outros focos e outras dimensões da qualidade que não foram aqui contempladas.

Em outras palavras, esse instrumento tem a capacidade de avaliar se o serviço possui uma arquitetura mínima que possibilite seus agentes desenvolver seu trabalho, segundo os valores éticos e padrões técnicos adotados pelo programa. Outras dimensões precisam de outras metodologias para ser contempladas.

Os indicadores que utilizamos são diretamente derivados deste foco, que abstrai os contextos locais e que são passíveis de serem captados por um instrumento estruturado. Dessa forma, a avaliação foi centrada no que ficou tradicionalmente conhecido como a estrutura e o processo de trabalho (DONABEDIAN 1980). Porém, coerente com o nosso quadro teórico, os indicadores de articulação (que tratam do processo de trabalho) são mais valorizados, inclusive numericamente, do que os indicadores de operacionalidade (que tratam da estrutura). Por exemplo, é possível que um serviço, dependendo do número de pacientes sob tratamento, possua apenas duas salas de atendimento mas consiga priorizar sua demanda, articular a equipe multiprofissional, realizar reuniões de trabalho. Para nós, então, ter reuniões da equipe é mais importante do que possuir um espaço adequado para essas reuniões.

Em um primeiro momento nossa avaliação pode parecer centrada na dimensão individual da assistência. Não obstante, ao trabalhar na ótica programática, estamos justamente valorizando aspectos como a da priorização dos objetos e a especificidade com que eles são trabalhados, que são determinados através do âmbito coletivo baseados nas macros definições éticas e técnicas do programa. Questões do coletivo mais específicas, como as ações da vigilância epidemiológica ou da própria

prevenção, foram abordadas mas não de forma aprofundada, uma vez que não se tratava do nosso foco principal. por exemplo, o instrumento possui questões que indaga de quem é a responsabilidade pelas notificações dos casos de aids mas não investiga profundamente se todos os casos foram notificados, questiona se são usados protocolos para o atendimento da co-infecção da tuberculose, se há controle do número desses casos, mas não como é o atendimento especificamente desses casos.

Da mesma forma, outras dimensões da qualidade da assistência não foram por nós abordadas, como a qualidade técnica do trabalho ou a satisfação do usuário, devido aos próprios limites operacionais da pesquisa, ou seja, a impossibilidade de em um só momento avaliar todos os aspectos dessa realidade. Por outro lado, acreditamos que essa primeira aproximação da realidade provoque muitos desdobramentos, uma verdadeira política de qualidade, em que outros aspectos sejam tomados, outras metodologias sejam utilizadas e novas evidências produzidas.

Uma necessidade premente após essa primeira avaliação é a de realizar avaliações qualitativas, nas quais outras dimensões da realidade possam ser captadas. A avaliação através de um instrumento fechado de múltipla escolha e auto-respondido, nos dá a arquitetura funcional daquele serviço. Ou seja, a forma como, em tese, ele deveria funcionar, o que naturalmente é uma pré-condição para que isso ocorra. Mas para captar mais concretamente a adesão dos profissionais a essa arquitetura, e em especial o aspecto comunicacional entre serviço-usuário, são necessárias outras metodologias, como a de observação da realidade, que ao nosso ver, seria uma outra etapa desse processo.

4.2. Metodologia do estudo

4.2.1. Desenho da pesquisa

Para a execução do projeto foi constituída uma equipe de pesquisa, denominada QualiAids. A equipe reúne técnicos de várias formações profissionais, alguns com experiência predominantemente acadêmica, outros com experiência predominantemente nos serviços de atenção à aids. Esta composição procura ser coerente com o próprio objeto e exigências da investigação: articular o imprescindível rigor científico à maior adequação possível com a realidade dos serviços de aids no Brasil.

Participaram da pesquisa sete estados (CE, MA, MS, PA, RJ, RS, SP), cujos serviços responderam a um questionário (anexo 5) sobre a organização da assistência ambulatorial local. Todos os serviços públicos que fazem seguimento médico de pessoas vivendo com HIV/aids, nos estados pesquisados, foram incluídos, independentemente de serem ou não dispensadores de ARV e de serem ou não cadastrados como SAE. O universo foi estabelecido com base nas listas de cadastro de serviços da Coordenação Nacional e posteriormente checado junto aos representantes das coordenações estaduais⁶. Os estados foram escolhidos pela Coordenação Nacional do Programa de Aids por representarem realidades epidemiológicas e operacionais das diversas regiões brasileiras.

Como estratégia de distribuição do instrumento e de contato com os serviços, contamos com a participação da coordenação dos programas estaduais de aids. Foram realizadas reuniões com representantes das coordenações de todos os estados, sendo que dos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo participaram também representantes das regiões administrativas, pelo fato desses estados possuírem um número maior de serviços. Os participantes desses encontros ficaram responsáveis por

⁶ Ao iniciarmos a pesquisa foi necessário realizar um recadastramento das unidades ambulatoriais de aids, para definição do quantitativo do campo. O trabalho foi iniciado pelo Disque aids, que utilizou banco de dados pré-existentes na Coordenação Nacional de Aids. O trabalho foi finalizado pela Coordenadora de Campo da equipe QualiAids, Mary Franklin Gonçalves.

organizar em seus estados/regiões reuniões semelhantes, bem como pela distribuição do questionário da pesquisa. Esse envolvimento direto das coordenações estaduais foi um dos fatores que garantiram o número de retorno de questionários (95,8% do universo). Outro mecanismo utilizado para garantir a devolução do instrumento preenchido foi o trabalho da equipe de campo, e das próprias coordenações que, após o prazo estabelecido, telefonavam para os serviços checando o recebimento do mesmo, esclarecendo os objetivos da pesquisa e solicitando a colaboração. O instrumento possuía uma capa azul para facilitar a localização do mesmo dentro dos serviços. Cabe ressaltar que apesar de todo o envolvimento institucional a pesquisa era colocada como de interesse dos programas mas não como obrigatória para os serviços.

O questionário foi respondido por 322 serviços, como podemos ver na tabela 01. O estado que teve o menor percentual de questionários respondidos foi o Rio Grande do Sul, não tendo nenhum fator operacional, por parte da equipe de pesquisa, que justifique essa menor performance pois foram os mesmos contatos que ocorreram nos outros estados, com as Coordenações Estaduais e com os serviços participantes.

Tabela 01: Universo da pesquisa por estados e proporção de retorno dos questionários.

Estados	Número de serviço	Número de respostas	% de respostas
SP	171	170	99,4
RJ	96	94	97,9
PA	05	05	100,0
MA	04	04	100,0
CE	03	03	100,0
MS	12	12	100,0
RS	45	34	75,5
TOTAL	336	322	95,8

O questionário e o modelo de análise foram testados em estudo realizado previamente em 27 serviços, do Estado de São Paulo, de diferentes perfis. As 112 questões descrevem as características gerais do serviço, a disponibilidade de recursos humanos e materiais, a organização e

gerência de todas as etapas da assistência ao usuário. As respostas às 106 questões analíticas foram classificadas em 3 níveis crescentes de qualidade: 0, 1 e 2. Deste modo, um serviço de “padrão ouro” teria média de 2,0.

4.2.2. A construção do questionário e do modelo de análise

Foi construído um questionário estruturado a ser respondido pela equipe que gerencia a assistência ambulatorial nos serviços. A construção se deu mediante etapas progressivas de discussão e consenso entre a equipe da pesquisa.

Uma primeira versão do questionário foi desenhada através da descrição do processo de trabalho assistencial e dos recursos e insumos rotineiramente presentes nos serviços. Essa descrição foi baseada principalmente:

- na descrição dos processos de trabalhos das unidades que participaram da pesquisa de adesão ao tratamento, realizada por essa mesma equipe em 1998 (CASTANHEIRA 2000).
- no conhecimento dos profissionais da assistência, que compõem a equipe QualiAids;
- na revisão das normas e recomendações do nível central do Programa DST/Aids relacionadas à assistência.
- na revisão da literatura internacional e nacional para a temática.
- em 2 grupos focais (1 com usuários e 1 com médicos infectologistas) para levantamento de dimensões de qualidade.

Na revisão de literatura realizada foram utilizados associados os unitermos “quality” e “care” e as buscas foram realizadas nas bases de dados Medline, Aidsline e Currents Content, nos anos de 1996 a 2002. A literatura sobre qualidade é vasta e abrangente, tanto com metodologia quantitativa como qualitativa. Já sobre aids, as referências encontradas

foram poucas e voltadas normalmente para avaliação de programas e ações de prevenção ou de aspectos bastante específicos, como o do estudo de eficiência de tratamentos e quimioprofilaxias. Esse fator não possibilitou um diálogo com a literatura internacional em se tratando dos resultados encontrados. A revisão nos serviu mais como validadora da nossa abordagem metodológica. Por exemplo, encontramos estudos que, tal qual o nosso, se basearam em normas técnicas de programas ou em construção de indicadores utilizando grupos de discussão com experts ou utilizando padrão ouro (RUBIN et. al 2001; CAMPBELL et. al 2001; MALIN et. al 1999; HERMIDA et. al 1999; MOONEY 2000, KHUNTI 2000, BOTINASA et. al 2000).

A primeira versão do questionário, construída através dos passos citados acima, foi denominada “questionário-zero”, e organizada em núcleos de atividades ou de recursos disponíveis, a saber:

- I. Identificação e características gerais do serviço
- II. Sistema de Registro e informações
- III. Captação da demanda
- IV. Primeiro atendimento
- V. Organização geral da assistência
- VI. Seguimento ambulatorial de rotina
- VII. Atendimento para pacientes não agendados
- VIII. Características da assistência prestada pela equipe multiprofissional
- IX. Medicamentos
- X. Apoio diagnóstico e terapêutico
- XI. Biossegurança
- XII. Capacitação de recursos humanos
- XIII. Gerência

Com base no questionário-zero foram organizados dois grupos de discussão com *experts*, para discussão da aplicabilidade e do poder de discriminação das questões acerca das dimensões prioritárias da qualidade na assistência. Esses grupos possuíam a seguinte conformação:

- Um grupo formado por gerentes de serviços ambulatoriais de aids e de representantes de programas municipais de aids.
- Um grupo formado por coordenadores dos programas estaduais de aids e por assessores e responsáveis pela assistência do programa nacional.

Após nova reformulação, baseada nos resultados dos grupos de discussão, o questionário final continha 157 questões de múltipla escolha, assim distribuídas:

1. Características institucionais e gerais do serviço: Núcleo de informação I – 15 questões
2. Organização do Processo de Assistência aos Usuários: Núcleos de informação III a VIII – 54 questões
3. Apoio à Assistência (medicamentos, exames laboratoriais): Núcleos de informação IX e X - 30 questões
4. Gerência: Núcleos de informação II, XI, XII e XIII – 58 questões

Para testar a aplicabilidade, este questionário foi enviado a uma amostra aleatória de 30 serviços, distribuídos proporcionalmente ao número de serviços existentes entre o Estado de São Paulo e os demais estados reunidos nas regiões brasileiras. Dos 30 serviços, obteve-se resposta de 20. Neste questionário-teste solicitávamos também que a equipe local respondesse, para cada uma das questões, se julgava que a questão estava inteligível, se as alternativas contemplavam o perfil assistencial do serviço e, em uma escala de 0 a 5, o quanto àquela questão era importante, na opinião da equipe, para definir qualidade.

A análise do conjunto das respostas ao questionário-teste objetivou eleger questões de maior confiabilidade e poder de discriminação quanto à qualidade dos serviços, de modo a diminuir o tamanho do questionário, tornando mais factível sua aplicação em larga escala. Neste processo, foram eliminadas 53 questões. Entre as 103 restantes, 86 foram escolhidas como questões discriminatórias.

As 86 questões foram aplicadas nos 27 serviços de São Paulo participantes da pesquisa original sobre adesão aos ARV que haviam sido submetidos a uma avaliação qualitativa anterior (CASTANHEIRA 2002)⁷.

Essa aplicação teve como objetivo o de testar o poder discriminatório do questionário, através do método escolhido, que é descrito a seguir.

Com os dados coletados no pré-teste, foi desenvolvido um modelo de análise, que tinha como objetivo agrupar os serviços em níveis de qualidade. Esse modelo seguiu os seguintes passos:

1º: todas as possibilidades de respostas a cada uma das questões foram pontuadas com valores que possuem escala de 0 a 2, onde maiores valores indicam melhor qualidade dos serviços referente àquela questão.

2º : a soma total de questões de valor máximo constituiu o padrão ouro, contra o qual todos os serviços foram julgados, estabelecendo-se a distância de cada um dos serviços em relação ao padrão ouro.

Os valores atribuídos às alternativas das questões levaram em conta o quadro teórico conceitual (NEMES 1996), a análise descritiva do banco do pré-teste e da avaliação qualitativa de 27 unidades já citadas. Esse procedimento buscou um equilíbrio do ideal teórico com as possibilidades reais dos serviços.

Das 86 questões, 88 variáveis constituíram o conjunto que foi submetido à análise descritiva e técnica de agrupamento pelos métodos das k-médias, objetivando a formação de grupos heterogêneos para qualificar os serviços, onde dentro de cada grupo as unidades fossem o mais homogêneas possível. A técnica estatística k-médias estabelece a distância de cada resposta de cada serviço com relação à média alcançada naquela questão. Com isso vai estabelecendo grupos de serviços que possuem variabilidade semelhante nas respostas. Os dados foram analisados nos programas estatísticos SPSS 8.0 e S-Plus 4.5.⁸

⁷ O material desse sub-projeto da pesquisa foi trabalhado por Elen Rose Lodeiro Castanheira em sua tese de doutorado.

⁸ As responsáveis pelo tratamento estatístico foram Jacqueline Sant' Eufemia David e Patrícia Emília Braga

Os grupos de qualidade obtidos foram comparados com a avaliação qualitativa realizada anteriormente mediante visitas a 27 serviços paulistas, nas quais entrevistamos os gerentes e observamos os momentos-chave do trabalho. A comparação foi feita no sentido de detectar se os grupos obtidos mediante a abordagem quantitativa não apresentavam incompatibilidades importantes com a avaliação qualitativa anterior, como seria o caso de unidades classificadas em grupos de pior qualidade com base nas visitas apresentarem pontuações altas no agrupamento estatístico ou vice-versa.

Um instrumento auto-respondido pode ter a sua validade interna questionada, devido a veracidade ou não das respostas dadas. A comparação entre as duas avaliações porém apontou na direção de que, no geral, os serviços responderam fidedignamente, não obstante algumas unidades possam no pré-teste ou na pesquisa de fato terem se esquivado de prestar alguma informação. A tabela 02 mostra que não foram encontradas incompatibilidades importantes: houve coincidência em 16 das 27 unidades. As 11 discrepâncias aconteceram apenas entre níveis próximos. A metodologia qualitativa tendeu a uma pior avaliação no grupo de qualidade de melhor nível e nível intermediário. A classificação coincide mais para o pior nível.

O risco da falta de veracidade é diretamente proporcional ao envolvimento dos serviços no processo avaliatório e na compreensão de quais sejam seus objetivos. Assim o mesmo instrumento, em um mesmo serviço, pode obter diferentes resultados dependendo do momento em que é aplicado.

Tabela 02: Número de serviços segundo compatibilidade na classificação de qualidade obtida nas metodologias qualitativa (quali) e quantitativa (quanti)

Grupos de qualidade	No. de serviços
Quali 1 Quanti 1	5
Quali 2 Quanti 2	7
Quali 3 Quanti 3	4
Quali 1 Quanti 2	3
Quali 2 Quanti 1	4
Quali 3 Quanti 2	4
Total	27

O questionário final teve um total de 112 questões de múltiplas escolhas que geraram 106 variáveis classificatórias: 30 variáveis operacionais e 76 variáveis de articulação do serviço.

Após o retorno dos questionários e a construção do banco de dados, as médias obtidas pelos serviços foram, então, submetidas à técnica estatística de agrupamento, pelo método K-médias, que havia sido testado no modelo de análise. A técnica discriminou bem 4 grupos de qualidade, que serão apresentados no capítulo de resultados.

4.2.3. Procedimentos éticos

Essa pesquisa foi uma realização conjunta do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP e da Coordenação Nacional de Aids (CN). Portanto a CN não só apoiava como possuía interesse na realização da pesquisa (anexo 1). Porém, os serviços de saúde que compuseram a pesquisa possuem administrações diversas e portanto autonomia distinta da CN. A CN não interferiu em nenhum momento nas definições metodológicas da pesquisa.

O questionário deveria ser preenchido pelo gerente do serviço ambulatorial de aids, e/ou por sua equipe. Além do questionário foi encaminhado para cada gerente uma carta explicando os objetivos da pesquisa e solicitando a participação do serviço e uma via do consentimento "pós-informação" (anexo 2). A outra via do consentimento já fazia parte integrante do questionário, sendo que a primeira ficaria com o respondente e a segunda era devolvida obrigatoriamente ao pesquisador quando do envio do questionário.

Essa pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP em 15 de setembro de 2000 e pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP em 19 de dezembro de 2002 (anexos 3 e 4).

Riscos e benefícios

Essa pesquisa não envolveu diretamente opiniões ou depoimentos de pessoas mas sim a descrição das características dos serviços participantes e nesse sentido os riscos de constrangimento pessoal podem ser considerados mínimos.

Porém, se for considerado que se tratou de uma avaliação de qualidade, os serviços participantes -e por consequência, seus profissionais- poderiam sofrer algum constrangimento se, ao final da pesquisa, o mesmo fosse classificado em um grupo de má qualidade e porventura esse dado fosse divulgado. Nesse sentido, o pesquisador responsável assina o consentimento pós-esclarecimento afirmando que não divulgará em artigos, relatórios ou qualquer outra forma de divulgação científica os nomes dos serviços ou dos respondentes.

No entanto, por se tratar de uma pesquisa de interesse público, financiada por gestores do SUS, e aplicada em serviços a eles conveniados, o pesquisador esclarece ainda que o banco da pesquisa seria entregue a CN-DST/AIDS para fins de planejamento de políticas públicas de melhoria de qualidade. Garante ainda que o questionário não seria usado para avaliação de desempenho individual dos profissionais.

Os benefícios da pesquisa nos parecem superiores nesse sentido aos riscos. Com essa avaliação a CN-DST/AIDS poderá propor, como já mencionado acima, políticas públicas de melhoria da qualidade. Além disso, o próprio instrumento da pesquisa permite um questionamento das práticas realizadas no cotidiano, possibilitando no momento da aplicação do mesmo senão uma reorganização dos serviços pelos menos uma reflexão acerca dessa organização.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1. Características gerais dos serviços

A maioria dos serviços estudados está sob gestão municipal, como apresentado na tabela 03. Por se tratar de uma questão que permitiu respostas múltiplas, criamos, a posteriori, uma hierarquização para a apresentação do dado, de modo que cada serviço ficasse apenas com um gestor, o que nos pareceu mais coerente. Assim, Secretaria Municipal foi escolhida prioritariamente, seguida de Universidade, Consórcio, Secretaria Estadual, Ministério e outros¹. Dessa forma, se algum serviço escolheu Secretaria Estadual e Municipal esta última que foi considerada.

Tabela 03: Distribuição dos serviços segundo gestores

Gestor	Nº	%
Secretaria Municipal	241	74,8
Secretaria Estadual	35	10,9
Universidade Pública	23	7,1
Universidade Privada	7	2,2
Ministério da Saúde	7	2,2
Consórcio Intermunicipal	4	1,2
Outros	5	1,6
Total	322	100,0

Ao considerarmos as respostas múltiplas observamos que 38% dos serviços registraram possuir mais que um gestor. Acreditamos que possa ter ocorrido dificuldade de compreensão do significado do termo gestor e que alguns serviços possam ter considerado como tais, órgãos que contribuem com o financiamento da instituição. Esse dado pode representar também serviços híbridos, onde a estrutura física e alguns profissionais são de uma instituição e outros profissionais de outra. A gestão porém é normalmente de

¹A alternativa "outros", aqui e nas outras questões do instrumento, não contava com espaço aberto para sua descrição porque não era objetivo nosso avaliá-las e sim tratá-las como exceção. Essa decisão foi tomada porque absorvemos todas as alternativas sugeridas no pré-teste do instrumento.

apenas uma instituição, e a questão ter sido de respostas múltiplas foi uma falha do instrumento que acabou por induzir a esse erro.

O mais provável é que os municípios tenham assumido a gestão de serviços, devido à municipalização preconizada pelo SUS, e que possuam apoio de outras instâncias governamentais.

Esse fato nos coloca diante de facilidades e dificuldades na condução dos problemas de gerência que discutiremos adiante. Como facilidade, temos que a gestão municipal, por estar mais próxima do serviço executante das ações, pode permitir (não garante) que a gerência local participe mais de perto das decisões a respeito de seu planejamento.

Por outro lado, a gestão sob responsabilidade dos municípios pode representar uma dificuldade extra na garantia de que os compromissos éticos e políticos do programa sejam assumidos por todos. São necessárias fortes articulações políticas e institucionais para que se tenha essa garantia, como no caso do controle dos ARV, conforme já citado.

Outra característica importante a de destacar é o tamanho dos serviços. Como indicador para isso utilizamos número de pacientes. Existem grandes discrepâncias nesse sentido: serviços de 3 a 5000 pacientes. Na tabela 04 podemos constatar a distribuição dos serviços segundo o número de pacientes atendidos.

Essa diversidade de tamanho nos leva novamente à reflexão sobre o mínimo necessário para atendimento dos pacientes. Pode parecer racional que, se um serviço possui uma demanda tão baixa como a de três pacientes não tenha as mesmas necessidades que um serviço de 5000. Todavia, o serviço pode não comportar mas a necessidade individual do paciente persiste. Não se trata de desaprovar de imediato os serviços pequenos, que em algum momento deve ter tido um diagnóstico de sua necessidade, e nem tampouco advogar que haja toda uma estrutura ou equipe exclusiva para um número de pacientes que não a justifique. Mas se torna necessária uma avaliação mais aprofundada para investigar se esse serviço pode oferecer o mínimo necessário que garanta o atendimento integral do

paciente, através da esquematização de uma rede de referência, bem como de supervisão.

Tabela 04: Número de pacientes atendidos por serviços

Nº de pacientes	Frequência dos serviços	
	Nº	%
1 a 20	56	21
21 a 50	48	17
51 a 100	46	10
101 a 500	109	33
501 a 1000	22	07
> 1000	16	05
Sem informação	25	07
TOTAL	322	100

5.2. A Operacionalidade

Como já dissemos, denominamos operacionalidade à adequação da base material para a realização do trabalho, segundo os parâmetros de articulação do trabalho e do tipo e quantidade de profissionais necessários para operar a assistência.

A seguir apresentamos a descrição das unidades pesquisadas segundo as características operacionais.

5.2.1. Acesso e estrutura física

Uma condição mínima para o acesso ao serviço de saúde é o seu horário de funcionamento. Em se tratando do horário de um serviço de atendimento à pessoas vivendo com HIV/aids, que possui dilemas e necessidades muito particulares, esse aspecto tem especial significado. Por exemplo, os pacientes podem querer manter o sigilo quanto ao seu diagnóstico no seu local de trabalho. Serviços com horários muito restritos de funcionamento podem trazer constrangimento ao usuário por esse ter que se ausentar repetidas vezes do trabalho para freqüentá-lo. Na tabela 05 vemos que a maioria dos serviços (71,5%) oferece 5 dias de funcionamento. Porém ao considerar o período de funcionamento diário, notamos na tabela 06 que 40,4% dos serviços abrem 6 ou menos horas por dia. Também nesse aspecto os serviços pequenos possuem uma menor possibilidade de ter um atendimento em período integral: possuem menos que 100 pacientes 42 (60%) dos 71 serviços que abrem menos que 3 dias na semana e 79 (61%) dos 130 que abrem de 4 a 6 horas por dia.

Tabela 05: Distribuição dos serviços segundo dias de funcionamento

Número de dias na semana	Número de serviços	%	% acumulado
Um	16	5,0	5,0
Dois	32	9,9	14,9
Três	21	6,5	21,4
Quatro	18	5,6	27,0
Cinco	230	71,5	98,5
Seis ou sete	05	1,5	100
Total	322	100	-

Tabela 06: Distribuição dos serviços, segundo número de horas de funcionamento

Número de horas	Número de serviço	%	% acumulada
4 horas/dia	82	25,5	25,5
6 horas/dia	48	14,9	40,4
8 horas/dia	139	43,1	83,5
12 horas/dia	45	14,0	97,5
Mais de 12 horas/dia	8	2,5	100,0
Total	322	100,0	-

Ainda com relação ao acesso, indagamos sobre a disponibilidade de transporte coletivo à unidade. Como resposta, tivemos que 93,8% consideram o local onde está localizado o serviço como de fácil acesso a transporte coletivo.

Sobre as condições internas dos serviços, apenas 17,4% referem que a planta física possui barreiras como escadas que dificultam a circulação interna.

A propósito da **estrutura física**, constatamos que 46,6% dos serviços possuem apenas um consultório médico e 20,5% possuem 2; 19,6% referem não ter sala para atendimento de enfermagem. Para atendimento dos outros profissionais de nível universitário (exceto o médico), 24,5% dizem não possuir e 41,9% possuem apenas uma. Esse dado mostra que, no geral, os serviços contam com uma estrutura pequena para atendimento. Obviamente, se torna necessário o cruzamento desse dado com o número existente de pacientes atendidos para se ter uma exata dimensão da

realidade, o que foi feito a título de classificação das unidades e que será discutido neste trabalho.

5.2.2. Recursos Humanos²

Em relação ao número de médicos, os dados não apresentaram coerência interna: alguns serviços registraram cargas horárias exorbitantes para esses profissionais, o que nos levou a crer que foi considerada a sua carga horária total e não aquela destinada ao serviço de aids. Em outros casos a carga horária foi muito baixa, do que deduzimos que foi registrada a carga padrão dessa categoria e não a soma de todos os profissionais. Por essa limitação esse dado não foi utilizado neste estudo.

Em 74% dos serviços foi registrada a presença de infectologista. Como já relatamos, o infectologista, que antes do surgimento da aids era um profissional que possuía pouca penetração no serviço ambulatorial, mesmo nos de especialidades, passou a ser absorvido como importante profissional de referência.

Sobre o tempo de experiência profissional dos médicos que realizam o seguimento dos pacientes HIV/aids (clínicos-gerais ou infectologistas), verificamos que em 39% dos serviços todos os médicos possuem mais de 5 anos de experiência. Em apenas 9% dos serviços todos os médicos possuem menos de 5 anos de experiência.

Com relação aos outros profissionais, muitas equipes não estão completas, faltam enfermeiros em 18% dos serviços, psicólogos em 22%, farmacêuticos em 23% e assistente social em 16%, como mostra a tabela 07.

O dentista é o profissional mais ausente nos serviços: 43% não o possuem. A manutenção ou não do dentista na equipe é controversa.

² Foram considerados os profissionais da equipe mínima de um serviço de aids (médico, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, psicólogo e dentista) tendo como referência o preconizado pelo programa nacional (BRASIL s/d). Os outros profissionais, como ginecologistas, serão discutidos no acesso a especialidades.

Poderíamos considerar que lesões na orofaringe, específicas dos pacientes imunodeprimidos, deveriam ter maiores cuidados e isso justificaria sua presença. Porém a introdução da terapia tríplice fez com que a aids não fosse mais uma doença marcada pelas infecções oportunistas, pelo menos não no grau que exigisse tamanha especificidade. Mas ainda existe a discussão sobre o acesso à saúde bucal, que ainda que seja uma realidade distante para a população em geral, em se tratando do pacientes vivendo com HIV/aids este acesso se torna mais difícil, pelo medo que ainda existe entre os profissionais.

Outra observação a ser feita é que em nove serviços não há nenhum outro profissional de nível universitário além do médico. Em 23 deles há apenas mais um profissional universitário e somente em 39 serviços há mais três³.

Tabela 07: Proporção de serviços com falta de profissionais de nível universitário não médicos, segundo profissão.

Profissional	% de serviços sem o profissional
Enfermeiro	18
Psicólogo	22
Assistente Social	16
Farmacêutico	23
Dentista	43

É importante destacar que a maioria dos profissionais não é exclusiva para o serviço de aids, como podemos observar na tabela 08. O farmacêutico é o profissional que menos consta como exclusivo (apenas 21%). O fato de existir poucos farmacêuticos exclusivos, com uma menor dedicação ao serviço, pode explicar o distanciamento desses profissionais da assistência direta ao paciente, como constatado por MELCHIOR (2002)⁴. Na prática, os ARV trouxeram a obrigatoriedade dos farmacêuticos na

³ Considerando os da equipe mínima, exceto o dentista.

⁴ Sobre o profissional farmacêutico foi realizado estudo específico qualitativo. (MELCHIOR 2002). Esse estudo mostra que o farmacêutico apesar de acreditar que sua prática deva ser voltada para o paciente, no sentido de prestar assistência farmacêutica, na maioria das vezes se vê obrigado a realizar uma prática quase exclusivamente relacionada à logística de medicamentos.

equipe (em apenas 23% não há o profissional), mas não houve uma incorporação efetiva do profissional na rotina assistencial dos serviços.

Tabela 08: Número* e proporção de profissionais de nível universitário (exceto o médico), segundo exclusividade ou não.

Profissional	não exclusivo		exclusivo		total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermeiros	166	63,4	96	36,6	262	100
Psicólogos	143	57,7	105	42,3	248	100
Dentistas	123	69,5	54	30,5	177	100
Farmacêuticos	194	78,9	52	21,1	246	100
A. Social	171	63,6	98	36,4	269	100

* excluindo os com condição ignorada quanto à exclusividade

O número de profissionais de nível médio é pequeno nos serviços de aids. Com relação ao auxiliar de enfermagem 63% dos serviços possuem apenas 3, sendo que em 54,8% eles não são exclusivos. Em 31,7% dos serviços não há auxiliar administrativo.

5.2.3. Apoio diagnóstico e tratamento

Dentre os exames necessários para o acompanhamento dos pacientes que vivem com HIV/aids, a contagem de linfócitos CD4/CD8 e a carga viral são os marcadores biológicos da infecção pelo HIV e de progressão para aids e, portanto, imprescindíveis para critério de início do tratamento e do seu manejo.

Com relação a esses exames, o Consenso do Tratamento (BRASIL 2002/2003), estabelece a necessidade de realização de, em média, 3 exames/pacientes/ano. De maneira geral, esses dois tipos de exames estão disponíveis nos serviços, embora o número ideal por paciente ainda não seja atingido por um número expressivo de serviços, sendo que a situação mais crítica é a do exame de carga viral para o qual 59% dos serviços não atingiram o índice ideal⁵ (gráficos 1 e 2).

⁵ Para esse dado foi solicitado aos serviços que somassem a cota de exames que a unidade possui e dividissem pelo total de pacientes, gerando uma média de exames disponíveis por pacientes (ver questão 81 e 83 do questionário – anexo 5).

Gráfico 1: Proporção dos serviços, segundo a média de exames de CD4 disponível por pacientes

Gráfico 2: Proporção dos serviços, segundo a média de exames de Carga Viral disponível por pacientes

Os outros exames laboratoriais apresentam, em geral, uma boa disponibilidade. Considerando os exames hematológicos e bioquímicos, essenciais para identificar os efeitos adversos resultantes do uso dos anti-retrovirais, tais como a anemia, as disfunções hepáticas e renais, as dislipidemias, a pancreatite medicamentosa, etc; os de microbiologia,

imprescindíveis para a detecção de doenças oportunistas e infecções bacterianas e fúngicas; os de sorologia que indicam infecção pregressa com agentes infecciosos potencialmente capazes de desencadear doenças na vigência de rebaixamento das condições de imunidade dos portadores de HIV/aids, temos a seguinte disponibilidade (tabela 09):

Tabela 09: Proporção de serviços com falta de alguns exames essenciais para acompanhamento de pacientes HIV/aids.

Exame	% de serviços com falta
Amilase	08
Bilirrubina/frações	03
Colesterol	02
Creatinina	02
Fosfatase alcalina	05
Glicose	01
TGO/TGP	03
Uréia	02
Triglicérides	02
Hemograma	01
Pesquisa de BAAR	02
PPD	15
Urina I	04

Exames mais especializados possuem uma disponibilidade bastante variada. Por exemplo, exames radiológicos simples e essenciais para auxiliar o diagnóstico de infecções tais como sinusopatias e pneumonias, incluindo a pneumocistose e tuberculose pulmonar, não estão disponíveis em poucos serviços (raio X de tórax 2,8%; raio X de seios de faces 4,3%). Já exames mais sofisticados, como colonoscopia, auxiliar para o diagnóstico de citomegalovírus, não estão disponíveis em 18,3% dos serviços.

A coleta de material para realização de exames na maioria das vezes acontece no próprio serviço (34,5% coleta **todos** os exames no próprio serviço e 50,3% coleta **pelo menos uma parte**), sendo um fator positivo para o paciente pois não o obriga a percorrer vários serviços de saúde.

As especialidades médicas na maioria dos casos estão fora do serviço de aids, ou seja, são referências externas ao serviço. Isso faz com que a disponibilidade desses especialistas para os pacientes HIV/aids seja a mesma para os atendidos no SUS em geral, portanto está sujeita as

diferentes realidades regionais e, por vezes, a um tempo longo de espera para algumas especialidades.

Como podemos observar na tabela 10, especialidades importantes para o apoio diagnóstico das doenças oportunistas mais prevalentes, onde se incluem a pneumologia (tuberculose, pneumocistose), neurologia (neurotoxoplasmose, neurocriptococose), oftalmologia (retinite por citomegalovírus), cirurgia geral (biópsias para diagnóstico de tuberculose ganglionar, biópsias hepáticas), ainda não estão disponíveis para uma parte dos serviços (12%, 10%, 6% e 9% respectivamente).

Tabela 10 Tempo de espera para as principais especialidades médicas.

Especialidades	% de não disponível	Disponível com tempo de espera de:				
		Até 15 dias %	16 a 45 dias %	45 a 60 dias %	Mais de 60 dias %	Imprevisível %
Cardiologia	3,7	54,1	21,1	5,6	2,5	8,1
Cirurgia Geral	9,0	43,2	22,7	6,2	1,9	15,8
Dermatologia	7,1	61,5	20,2	2,8	1,9	5,3
Gastrologia	12,7	41,0	23,0	6,5	2,5	12,7
Ginecologia	0,6	77,6	13,0	2,5	1,6	4,3
Neurologia	9,9	41,3	22,7	8,1	3,4	13,0
Oftalmologista	5,6	48,1	21,1	8,7	5,9	8,4
Oncologia	33,2	21,1	17,7	2,5	0,9	21,7
Otorrino	9,9	42,9	25,2	6,2	2,8	11,2
Pneumologia	12,1	61,8	12,1	4,0	0,3	6,5
Proctologia	23,6	29,2	20,2	6,2	0,9	16,8
Psiquiatria	7,8	58,1	16,1	3,7	3,1	9,6
Urologia	11,5	43,5	22,7	6,8	1,9	11,8

5.2.4. Medicamentos

Como vimos, faz parte da política da CN-DST/AIDS a distribuição de medicamentos de maneira universal e gratuita, desde 1991(BASSO1999, MARINS 2002). No entanto, faz parte também das negociações da CN-DST/AIDS com os estados e municípios que os ARV sejam de responsabilidade da esfera federal do governo, enquanto as medicações para as doenças oportunistas e outras medicações necessárias para o

tratamento sejam de responsabilidade da esfera municipal e estadual. Na prática, apenas os ARV possuem essa garantia para todos os serviços, como veremos a seguir.

Em geral houve pouca falta de anti-retroviral nos serviços. A menor falta ocorrida foi a de zalcitabina (ddC) (0,9%) e a maior a de efavirenz (EFV), referida em 8% dos serviços. Teoricamente não deveria haver falta de ARV nos serviços, uma vez que a compra é garantida de pela CN-DST/AIDS. O fato de ocorrerem faltas ocasionais pode estar ligado a questões de distribuição dos medicamentos. Como podemos ver no tabela 11, as faltas de ARV raramente ultrapassam 30 dias.

Um fato que nos chamou a atenção foi o da ocorrência de uma porcentagem alta de serviços que citam alguns medicamentos como não disponíveis ou como não utilizados (por exemplo a estavudina e o saquinavir). Uma das explicações para isto é que, devido à baixa utilização, os serviços pequenos não mantenham em seus estoques todos os medicamentos disponíveis. Para confirmação dessa hipótese testamos a relação entre ARV não disponível/não utilizado e tamanho de serviço e, de fato, há uma associação positiva. Esse fator nos remete, novamente, à discussão sobre pequenos serviços. Se estes não tiverem uma organização e articulação com outros serviços e instâncias, podem dificultar o acesso do paciente ao tratamento adequado para o seu caso.

A zalcitabina e a delarvidina , cujos índices de faltas e de não utilização estão acima da média, são medicamentos que estavam na época sendo retirados da lista de medicamentos fornecidos pela CN-DST/AIDS.

No caso da estavudina de 30 mg e da didanosina de 25 mg, os índices de não disponível/não utilizado em 17,4% e 24,8% dos serviços podem representar uma possível não adequação da medicação ao peso dos pacientes, pois esses medicamentos possuem indicação de dosagens menores para pacientes com peso abaixo de 60 kg (BRASIL 2002/2003).

Tabela 11: Proporção de serviços pesquisados, segundo a disponibilidade de ARV

Medicamentos	Não disponível/ não utilizado (%)	Não faltou (%)	Faltou (%)				Não respondeu %
			até 7 dias	8 a 15 dias	16 a 30 dias	mais de 30 dias	
Delarvidina (DVD)	75,4	18,0	0	0	0	0,6	18,0
Didanosina (ddI) 25mg	24,8	66,1	1,9	0,6	0,9	1,2	4,3
Didanosina (ddI) 250 mg	2,5	92,2	0,6	0,3	0,6	0	3,7
Efavirez (EFV)	7,1	80,1	3,4	2,8	1,2	0,6	4,7
Indinavir (INV)	3,7	88,2	1,9	1,9	0,9	0	3,4
Lamivudina (3TC)	2,8	92,2	0	0,9	0,9	0	3,1
Nelfinavir (NFV)	5,3	86,3	1,6	2,2	0,6	0	4,0
Nevirapina (NVP)	9,6	81,1	2,2	1,2	1,6	0,3	4,0
Ritonavir (RTV)	12,1	76,1	3,4	3,1	1,2	0,3	3,7
Saquinavir (SQV)	15,8	78,6	0,6	0,6	0,3	0,3	3,7
Estavudina 30 mg (D4T)	17,4	72,0	1,9	0,9	0,9	1,2	5,6
Estavudina 40 mg (D4T)	6,5	86,6	1,2	1,2	0,3	0	4,0
Zalcitabina (ddC)	31,7	62,1	0,3	0,3	0,3	0	5,3
Zidovudina (AZT) comp	0,9	94,4	0,3	0,6	0,3	0	3,4
Zidovudina (AZT) susp.	18,0	74,8	0,6	0,3	0,6	0,3	5,3

Os medicamentos para doenças oportunistas apresentam sérios problemas de abastecimento. Por exemplo, em relação à sulfadiazina, à sulfametoxazol-trimetoprima, o fluconazol e à pirimetamina, considerados de primeira linha, imprescindíveis para reduzir a incidência das doenças oportunistas mais graves que acometem os portadores de HIV/aids e para as quais há necessidade de manter a profilaxia, até que haja a reconstituição de sua imunidade, observamos os seguintes índices (tabela 12):

Tabela 12: Proporção de serviços segundo a disponibilidade de alguns medicamentos para doenças oportunistas.

Medicamento	Não disponível (%)	Faltou 15 dias ou mais (%)
Sulfadiazina	21	21
Sulfametoxazol-trimetoprima	05	14
Fluconazol	18	23
Pirimetamina	30	24

5.3. A Articulação

A Articulação ou integração do processo de trabalho é a coerência da operação do trabalho com os valores e normas implicados no plano discursivo do programa. Desse modo, o conjunto de variáveis descrito a seguir é referente à forma na qual o trabalho é organizado.

5.3.1. Captação da demanda

Uma das tecnologias já incorporada no processo de trabalho dos serviços de aids é o uso do aconselhamento na captação da demanda. Por captação da demanda entendemos os mecanismos existentes para que o usuário comece a utilizar o serviço; no caso dos pacientes com aids a confirmação do diagnóstico é o primeiro passo.

O aconselhamento no programa de aids é o termo utilizado para designar o momento em que são fornecidas ao paciente as primeiras informações a respeito da doença, do seu diagnóstico e prevenção. Atualmente discute-se a necessidade de trabalhar com esse conceito também em outros momentos do tratamento.

Dos serviços pesquisados, apenas 6,5% não realizam o aconselhamento antes da realização do exame para diagnóstico do HIV. Em se tratando do aconselhamento realizado após a realização do exame apenas 3,7% dos serviços não realizam.

Outro mecanismo importante para a Saúde Coletiva, utilizado para diminuir a prevalência e/ou letalidade de algumas doenças, é a convocação dos pacientes que necessitam de tratamento, mas que depois da realização de exame de comprovação diagnóstica não retornam ao serviço. No programa de aids a necessidade de sigilo sobre a doença tensiona essa prática. Para que esse mecanismo ocorra é necessária uma discussão prévia com o paciente a respeito dessa possibilidade. Em 28% dos serviços respondentes a prática é de aguardar retorno espontâneo ao serviço e 67%

convoca tendo o cuidado de não quebrar o sigilo. Porém, estudo qualitativo realizado no Estado de São Paulo (CASTANHEIRA 2002) mostra que poucos serviços possuem uma prática sistematizada que garanta a convocação sem a quebra do sigilo. Ou seja, a maioria dos serviços não discute com o paciente essa questão no momento da realização do exame.

Ainda sobre o início do tratamento, outro fator fundamental para o sucesso do seu seguimento é o acolhimento recebido no primeiro atendimento. Para o paciente, ter seus anseios minimamente respondidos de imediato facilita a formação de vínculo com o serviço, o que será indispensável para o sucesso do tratamento. Dos serviços avaliados, 24% não possibilitam o contato do paciente com a equipe de saúde de imediato. Entre os 74% dos serviços que proporcionam contato já no primeiro dia, 34,5% oferecem atendimento com profissional de nível universitário não médico e 15,2% oferecem consulta médica.

É importante ainda que nesse primeiro atendimento, o paciente saia com seu retorno agendado. Esse fato só não ocorre em 7,1% dos serviços.

O intervalo existente entre o primeiro atendimento e a primeira consulta médica é de menos de uma semana para 67% dos serviços, incluindo os casos em que o primeiro atendimento é uma consulta médica.

5.3.2. Organização geral da assistência

O tipo de agendamento mais freqüente nos serviços é aquele no qual se marcam todos os pacientes no início do turno para a consulta médica, sendo que apenas 20% agendam com hora marcada.

Em 38,2% dos serviços o paciente que veio para a consulta médica passa antes por atendimento com auxiliar de enfermagem, cujo principal intuito é a verificação do peso e da pressão arterial. Outros 15,2% passam por atendimento com profissional de nível universitário não médico. Nos demais serviços, em 26% os pacientes não têm atendimento anterior ao do médico e 17,5% o tem se for necessário.

O atendimento anterior ao médico, quando o objetivo do paciente naquele momento é a consulta médica, tem que ser vista pela ótica de um melhor acolhimento ao usuário. Outras necessidades sentidas pelo paciente ou definidas pela equipe podem ser contempladas nesse momento. Nos serviços que responderam que os pacientes passam por outro atendimento dependendo da necessidade, cabe saber quem percebe essa necessidade e como o serviço está organizado para absorvê-la, uma vez que se não há uma estruturação desse atendimento, pode também não haver profissionais disponíveis para atendimento e tampouco um mecanismo de captação dessa necessidade.

A "atividade de sala de espera" é um recurso utilizado na Saúde Coletiva normalmente com o objetivo de realizar orientações coletivas ao paciente, aproveitando seu tempo de espera no serviço. O mais comum é a realização de palestras ou exibição de vídeos educativos, embora haja interessantes experiências de serviços em que esse momento se torne uma ocasião privilegiada para ouvir o paciente e permitir uma comunicação mais horizontal entre usuário-profissional. Nos serviços avaliados apenas 21% realizam alguma "atividade de sala de espera".

Com relação ao número de consultas agendadas para um período de 4 horas de infectologista ou clínico geral, verificamos que 19,2% dos serviços agendam 16 ou mais consultas por período (tabela 13). Considerando 12 consultas por período, o tempo médio para cada consulta seria de 20 minutos para cada paciente, tempo um pouco menor do que consideramos ideal que seria de 30 minutos, baseado na recomendação de nosso grupo de *experts*.

Além disso, encontramos uma incoerência ao analisarmos o número de consultas agendadas por período e o tempo de duração das consultas: apesar de em 59,6% dos serviços o número de consultas por período ser de 10 ou menos, 52,3 % referiram que a média de tempo para consulta médica de retorno para pacientes em uso de ARV é de 15 minutos (tabela 14). Isso pode significar que, em muitos serviços, esse período de 4 horas não é efetivamente utilizado para realização das consultas médicas

Outro fato importante a considerar nessa análise é de que apenas 32% dos serviços pré-estabelecem o número de consultas de casos novos por período para cada médico. Como a primeira consulta deve ter duração maior, uma vez que o serviço não estabeleça quantos casos novos atenderá por dia, o tempo das consultas poderá ser prejudicado caso seja marcado muitos casos novos. O tempo de duração para as consultas de casos novos para 53,3% dos serviços é de 30 minutos ou menos o que mostra portanto um estrangulamento do tempo de consulta (tabela 14).

Tabela 13: Número de consultas previstas por período de 4 horas para cada infectologista e/ou clínico geral

Número de consultas por período	Frequência	%
Menos de 8 consultas	59	18,3
8 consultas	83	25,8
10 consultas	50	15,5
12 consultas	68	21,1
16 consultas	50	15,5
20 consultas	10	3,1
Acima de 20 consultas	2	0,6
Total	322	100

Tabela 14: Tempo médio de duração do atendimento do infectologista e/ou clínico geral para consultas médicas para casos novos e retorno de pacientes em uso de ARV

Tempo médio da consulta	CASOS NOVOS		RETORNO	
	Nº	%	Nº	%
15 minutos	30	9,4	168	52,3
30 minutos	140	43,9	144	44,9
45 minutos	109	34,2	7	2,2
60 minutos	40	12,5	2	0,6
Total*	319	100	321	100

* excluindo três casos ignorados em casos novos e 1 caso ignorado em retorno

Faltam protocolos para o atendimento dos pacientes. Os protocolos facilitam que as práticas adotadas no serviço sejam homogêneas e que seja garantido um conteúdo mínimo nos atendimentos. Para o primeiro atendimento na unidade, 34,8% adotam protocolos e para a consulta médica

inicial 44,4% dos serviços os têm. Para a consulta médica de retorno apenas 20,5% adotam protocolo, e para atendimento com profissional de nível universitário não médico, apenas 18,9%.

São mais freqüentes os protocolos para atendimento de condições específicas, como os para a co-infecção pela tuberculose, ou para as gestantes ou ainda para acidentes de trabalho, que 56,5% dos serviços adotam e que normalmente são definidos de forma centralizada, ou pela CN-DST/AIDS ou pelas coordenações estaduais,

Ainda sobre a organização geral da assistência, em 86,3% dos serviços é garantido o retorno para o mesmo médico. Essa garantia é essencial para facilitar a criação de vínculo do paciente com o serviço e é um fator de extrema importância para o tratamento.

Quanto ao atendimento direcionado às mulheres, em apenas 37% dos serviços as mulheres são agendadas de rotina para o ginecologista, ou seja, mesmo na ausência de queixas. Essa forma de agendamento não demonstra uma preocupação programática com a saúde da mulher. Seria muito mais fácil para a mulher vivendo com HIV/aids, que no mesmo lugar em que faz seu tratamento pudesse também receber atenção aos outros aspectos de sua saúde, como a prevenção do câncer de útero e de mama.

Sobre o direito reprodutivo das pessoas vivendo com HIV/aids, embora seja uma proposição ética do Programa de Aids, esse ainda é um tema muito polêmico entre os profissionais de saúde. Entre os serviços pesquisados, 49% responderam que discutem sobre os riscos e orientam o melhor momento para a concepção. Porém desses, 55% responderam também que não recomendam a concepção. O índice dos que desaprovam é mais coerente com alguns estudos realizados nessa área em centros de referência para aids em São Paulo, onde a maioria das mulheres e dos homens refere não ter sido orientada sobre a concepção mas tão somente quando aos métodos anticoncepcionais (PAIVA et. al 2002, SANTOS et. al 2002).

Retornos ao serviço e adesão ao tratamento

O tempo médio de retorno para consulta médica de rotina para os pacientes que estão em uso de ARV é de 30 dias para 78,9% e de 60 dias para 15,2% dos serviços. O intervalo de 60 dias, tomado como médio, pode ser considerado adequado se pensarmos que o paciente após os primeiros meses de ajuste no tratamento passa para uma fase de estabilização, não havendo problemas nem com seus indicadores clínicos e tampouco em relação a sua adesão ao tratamento. Porém é necessário garantir retorno mais precoce principalmente para os pacientes no início do tratamento e para os que vêm apresentando dificuldades com a adesão.

A importância do início do tratamento foi demonstrada por nossa pesquisa anterior, quando vimos que o momento mais crítico para o tratamento medicamentoso é justamente o começo, quando há uma grande necessidade de adaptações a horários e a rotina de estar sempre com a medicação no momento das tomadas. Também é esse o momento em que o paciente mais se expõe à sociedade, demonstrando que possui alguma doença que o obriga a tomar medicações freqüentemente ou, por outro lado, o faz usar de subterfúgios para esconder o medicamento e a doença. Além disso, é nessa ocasião que a doença passa de meros parâmetros sanguíneos (sorologia positiva, CD4 e carga viral) para uma necessidade de tratamento, se concretizando então como doença (MELCHIOR 2000) gerando, a partir daí maior fragilização e necessidade de apoio do serviço por parte do paciente.

Como indicador dessa preocupação, pesquisamos se há um retorno diferenciado para os pacientes em início de tratamento. Para 22,7% dos serviços o retorno nessa ocasião é de 7 dias e para 35,4% é de 15 dias, mostrando que muitos serviços já estão sensibilizados para essa necessidade. No entanto, o índice percentual dos que não possuem uma rotina diferenciada é muito alto (32%, tabela 15). Felizmente, os serviços que trabalham com retorno de rotina acima de 60 dias, nessa fase, diminuem esse intervalo. Nessa questão consideramos o retorno ao serviço,

independentemente de ser para consulta médica ou para atendimento com outro profissional, pois entendemos que o serviço pode oferecer outras opções de apoio para o paciente. A exemplo disso temos alguns serviços em que esse primeiro retorno se dá ou com o farmacêutico ou com o enfermeiro.

Tabela 15: Relação entre as respostas sobre o tempo de retorno em consulta médica para pacientes em uso de ARV e o intervalo de retorno ao serviço de quem inicia a terapia ARV.

Intervalo de retorno ao serviço na introdução do ARV	Intervalo de rotina entre as consultas dos pacientes em uso de ARV				Total
	30 dias	60 dias	90 dias	Acima de 90 dias	
7 dias	63	09	1	0	73
15 dias	89	16	7	2	114
30 dias	72	20	6	0	98
60 dias	0	1	3	0	4
Não há rotina diferente	27	3	0	0	30
Ignorado	03	0	0	0	03
Total	251	49	17	2	322

Ainda sobre a adesão ao tratamento é importante a forma com que esse tema é abordado. Muitas vezes o profissional se limita a perguntar se o paciente está “tomando direitinho” a medicação (NEMES 2000a), inibindo e dificultando o estabelecimento de uma relação de co-responsabilidade no tratamento.

Sobre este aspecto, questionamos quais as formas de checagem do uso da medicação utilizada pelos serviços. A maioria referiu utilizar várias formas de checagem, mas percebemos um pequeno decréscimo na frequência quando se trata de uma forma mais dialogada de se conduzir essa situação e menos centrada no aspecto biológico, que é o caso do item 3 da tabela 16. Sobre as formas constantes nos itens 4, 5 e 6 é esperado um baixo uso, pois são técnicas que requerem maior tempo e dedicação, tanto do profissional quanto do paciente, e são indicadas para casos onde haja maior dificuldade em adaptação ao tratamento. Mas são possibilidades que não devem ser descartadas e sim incorporadas como adicionais na busca da adesão.

Tabela 16: Formas utilizadas pelos serviços para verificar o uso correto das medicações*.

Forma utilizada	Nº	%
1. Questionamento sobre o uso correto.	267	82,9
2. Checagem de rotina em consulta médica sobre dificuldades com efeitos colaterais e posologia (horários e alimentação).	277	86,0
3. Checagem de rotina sobre dificuldades relativas ao dia a dia (trabalho, fins de semana, festas etc.).	214	65,0
4. Contagem dos medicamentos que sobraram.	91	28,3
5. Recordatório detalhado sobre as atividades diárias do paciente e o uso da medicação.	62	19,3
6. Checagem de anotações do paciente sobre o modo de uso diário, em caderno ou formulário específico.	21	6,5
7. Grupo de adesão.	59	18,3

* Pergunta que previa mais de uma resposta, a soma portanto ultrapassa 100%

A maioria das ações adotadas quando o paciente enfrenta dificuldades com seu esquema terapêutico, são atividades de responsabilidade do médico (tabela 17). Porém a porcentagem dos serviços que encaminham para grupo de adesão (18,3%) e para consulta com outro profissional de nível universitário é expressiva (49,4%). Chamou a nossa atenção o fato de 32% não ter optado pela alternativa de mudança no esquema, mesmo tendo a palavra “se possível” como ponderador da ação.

Tabela 17: Condutas frente a um paciente com dificuldades no tratamento*

Condutas	Nº	%
O retorno médico é realizado em intervalos menores	283	87,9
O paciente é encaminhado para grupos de adesão	59	18,3
O paciente é encaminhado para orientação individual com profissional de nível superior	159	49,4
Há mudança de esquema terapêutico, se possível	218	67,7
Reforço da importância da adesão nas consultas médicas	254	78,9
Outros	24	7,5

* Pergunta que previa mais de uma resposta, a soma portanto ultrapassa 100%

Como já referimos na discussão inicial a respeito do Programa de Aids, a distribuição de ARV é a mais disseminada tecnologia do programa e, ainda, a que está presente em todos os serviços. A logística estabelecida pelo programa para o controle dessa distribuição prevê a dispensação da

medicação para os pacientes em um intervalo de tempo não maior que 30 dias. Como essa prática nem sempre é possível de ser cumprida pelos serviços, pelo fato do intervalo de retorno a consulta médica às vezes ser maior do que um mês, a maioria dos serviços criou mecanismos para que não haja descontinuidade da entrega de medicamentos (tabela 18). Destacamos que 21% dos serviços optam por garantir um atendimento com profissional de nível universitário, enfermeiro ou farmacêutico, para realizar orientações acerca da medicação.

Tabela 18: Mecanismo utilizado pelos serviços, para garantir acesso aos ARV, quando o agendamento de rotina prevê um intervalo de mais de 30 dias entre as consultas médicas

Mecanismo utilizado	Nº	%
O paciente leva prescrição para 60 dias	82	25,5
A enfermeira ou o farmacêutico autoriza a retirada da medicação	27	8,4
O paciente passa por consulta de enfermagem e, após orientações, retira a medicação	48	14,9
O paciente passa por atendimento com farmacêutico, que libera medicação	19	5,9
O médico deixa receituário pronto no serviço para o próximo mês	53	16,5
Isso não acontece	87	27,0
Não responderam	6	1,9
Total	322	100

Ainda sobre ao acesso aos ARV, questionamos qual o mecanismo utilizado para sua garantia quando termina a medicação do paciente por razões imprevistas (por exemplo, por falta na consulta médica). A maioria dos serviços, 53,7%, tem como rotina o paciente passar por uma consulta médica, encaixada na agenda ou no pronto-atendimento, para voltar a fornecer a medicação. Essa atitude é importante principalmente para o paciente que tem histórico de falta em consulta médica, que está associado ao risco de não adesão ao tratamento (NEMES 2000a), e que nesse momento pode ser resgatado pelo serviço.

Quando o paciente falta ao serviço, a maioria das unidades possui um ou mais critérios para a convocação. Dos que realizam convocação (65%), 39% o fazem para os pacientes em uso de ARV, 37% realizam para

os pacientes com maior gravidade clínica, 35% convoca quando é caracterizado abandono de tratamento, 39% convocam quando há alteração em exames laboratoriais.

5.3.3. Atendimento dos extras

A forma mais comumente utilizada para denominar os pacientes que comparecem ao serviço fora do dia agendado é “os extras”. O atendimento extra se justifica em um serviço que trabalha com atividades agendadas para atender a demanda de pessoas que não estão agendadas mas que possuem alguma urgência, seja ela clínica, emocional ou até mesmo por necessitarem de algum esclarecimento com relação ao seu tratamento.

Porém, grande parte dos serviços (56%) cita que uma das demandas mais freqüentes para o atendimento extra é de pacientes que faltaram às consultas médicas. Se essa não deveria ser a atividade prioritária do extra, a forma com que o serviço lida com esses pacientes tem uma importância fundamental para o êxito do tratamento pois, como já referimos, a falta na consulta médica é um importante fator para a não adesão ao tratamento. Uma avaliação que deve ser feita é da adequação da rotina à realidade dos pacientes, quando há muita demanda para o extra, em detrimento da agenda.

Para solucionar o atendimento dos não agendados, 34% dos serviços reservam vagas na agenda dos médicos e 12% possui serviço específico de pronto-atendimento para atender a demanda. Infelizmente, 17,4% dos serviços atendem na dependência de haver vagas em suas agendas, o que dificulta o acesso ao serviço e a recaptação de pacientes faltosos. Por outro lado, 38% dos serviços responderam, como única opção, que atendem ao paciente independente de haver vaga na agenda, o que, se por um lado demonstra uma disposição de garantir o atendimento, por outro pode acarretar um estrangulamento na agenda, comprometendo a qualidade do atendimento.

Seguindo o raciocínio da importância de resgatar o paciente no momento em que ele comparece à unidade fora do dia agendado, questionamos quais atividades são realizadas na consulta do “extra”. As atividades ligadas à avaliação clínica e ao restabelecimento do tratamento estão presentes em quase todos os serviços (94% para avaliação de queixas, 74% para pedidos de exames e 85% para fornecimento de receita). No entanto, as porcentagens são decrescentes quando se trata de ações de recaptação do paciente: 71% para reavaliação e reorientação do uso de ARV, 42% para verificação de faltas anteriores a consulta e 57% para identificação das dificuldades em comparecer ao dia agendado. Essas frequências mostram um atendimento homogêneo dos extras, no estilo do pronto-atendimento clássico (queixa-conduta).

Reafirmamos a importância de tratar o atendimento extra como uma atividade programática que, além de dar uma resposta as urgências do paciente, clínicas ou não, possibilita a sua reinserção no serviço e até mesmo a reavaliação das rotinas de agendamento que por ventura estejam provocando faltas aos dias marcados.

5.3.4. Atividades dos profissionais

Uma peculiaridade encontrada nas atividades dos profissionais foi o fato do acolhimento e recepção dos casos novos ser uma atividade partilhada entre os enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos (52%, 48% e 42% a realizam respectivamente).

Outra característica importante analisada foi a forma de encaminhamento interno na equipe. Em muitos serviços essa tarefa está centrada no médico, que identifica as necessidades do paciente e o encaminha para os outros profissionais da equipe. Porém, para uma melhor eficiência no encaminhamento dos problemas dos pacientes e melhor comunicação entre os profissionais, é desejável que todos os profissionais estejam atentos às necessidades do paciente e, identificando necessidades

específicas da área de atuação do colega, realize o encaminhamento. Essa prática ocorre em 51% dos serviços.

Mais um destaque importante a fazer tem relação com a orientação individual sobre o uso de ARV realizado pelo farmacêutico, que ocorre em apenas 35% dos serviços, demonstrando que as atividades desse profissional estão muito mais ligadas à logística de distribuição de medicamentos do que à atenção farmacêutica.¹

O auxiliar de enfermagem tem tido um aproveitamento pequeno na equipe. Apesar de estar presente na quase totalidade dos serviços (88%), suas ações têm sido pouco específicas na assistência aos pacientes de HIV/aids. As atividades mais realizadas por eles são a verificação de sinais vitais (67% realizam) e orientação para coleta de exames (67%). Ações como orientação sobre o uso da medicação são realizadas pelos auxiliares em apenas 48% dos serviços. Acreditamos que esse profissional, se capacitado, poderia ter um papel diferenciado na detecção de dificuldades junto aos pacientes e, em articulação com a equipe contribuir, por exemplo, para um aumento da adesão ao tratamento,.

5.3.5. Gerência

A gerência possui um papel central na qualidade dos serviços de saúde. De fato, a qualidade dos serviços não pode apenas contar com a formação moral e técnica de cada um dos profissionais (NEMES 2002b). Bons profissionais são elementos essenciais para a qualidade do cuidado, mas a tarefa de prestar serviços de qualidade e que sigam os referenciais éticos e políticos do programa, não se faz sem um direcionamento gerencial técnico (SCHRAIBER et. al 1999).

¹A expressão atenção farmacêutica é usada para determinar as atividades do profissional farmacêutico que são mais diretamente ligadas ao paciente, ao ato da dispensação. (MELCHIOR 2002).

Os serviços, no geral, possuem uma gerência pouco autônoma e pouco voltada para o planejamento e avaliações de suas atividades. Em 17% dos serviços não existe coordenação direta das atividades ambulatoriais. Por outro lado, em pelo menos 60% dos serviços, muitas das atividades administrativas estão fora da governabilidade dos gerentes, como o controle de alocação e férias dos profissionais.

Em 33% dos serviços a coordenação direta das atividades é realizada por um gerente geral da assistência ambulatorial (não específico de aids) e em 22,7% ela é acumulada pela coordenação municipal.

Os gerentes também não dispõem de muito tempo para o exercício de suas atividades: apenas 11% realizam exclusivamente atividades gerenciais, 23% dedicam mais tempo à atividade de assistência do que de gerência e 31% realizam ao mesmo tempo ou na mesma proporção. Relativamente à experiência dos gerentes, 33% possuem menos de três anos de experiência.

Consideramos o gerente como o principal articulador da equipe e do processo de trabalho. Assim, algumas atividades relacionadas a isso serão descritas a seguir.

As reuniões de trabalho são instrumentos imprescindíveis para articulação do processo de trabalho. Questionamos a respeito de diversos tipos de reuniões, seus componentes e periodicidade. Destacamos aqui que apenas 47% dos serviços referiram realizar reuniões multiprofissionais e nesses foi registrada a participação do médico em apenas 67%.

Sobre os cuidados com relação à equipe, detectamos que poucos serviços oferecem alguma alternativa (grupos terapêuticos, atendimento individual, atividades de lazer) para minimizar o sofrimento dos profissionais (24%), que é obviamente inerente ao trabalho.

Os profissionais também possuem pouco apoio técnico ou institucional para suas atividades. Entre os serviços pesquisados 42% possuem supervisões técnicas, administrativas, institucionais ou clínicas (específicas para psicólogos).

Para as variáveis que tratam de planejamento e avaliação, obtivemos os seguintes resultados: 35% dos serviços apenas realizam planejamento

esporadicamente, quando necessário e em 20% não houve nenhum tipo de planejamento das ações, número que podemos somar aos 20,2% que afirmaram apenas ter reiterado as ações do ano anterior.

Com a avaliação, os índices são semelhantes: 28% dos serviços não realizam nenhuma atividade de avaliação, 34% afirmam realizar esporadicamente, quando necessário. Dos serviços que já realizaram algum tipo de avaliação, 55,6% se basearam nos dados de produção ambulatorial, em 48,4% em dados epidemiológicos e em 44,7% em relatórios de atividades.

Essa ausência de avaliação e planejamento pode também ser constatada nos registros realizados pelos serviços. As informações que são registradas com mais frequência são: o número de consultas por médico (82%) e número de pacientes soropositivos (72%).

O registro menos freqüente é o total de faltas em consultas médicas que 75% dos serviços não realizam. O controle de óbito não é feito de forma sistemática em 76% dos serviços.

5.4. Avaliação dos serviços

5.4.1. Ranking Geral

Determinamos o “ranking” dos 322 serviços estudados a partir da **média aritmética da pontuação de 106 variáveis**, cujos valores foram definidos previamente e estão apresentados no anexo 05, ao lado de cada questão do questionário, como versamos na metodologia. As maiores e menores médias estão apresentadas, por estado, na tabela 19:

Tabela 19: Maiores e menores médias obtidas pelos serviços, segundo estados.

Estado	Menor média	Maior média
Ceará	0,750	1,529
Maranhão	0,866	1,061
Pará	0,606	1,356
Mato Grosso do Sul	0,825	1,631
Rio Grande do Sul	0,671	1,510
Rio de Janeiro	0,673	1,558
São Paulo	0,563	1,680

5.4.2. Análise Descritiva

O anexo 06 mostra as médias de todas as variáveis pontuadas, com seu respectivo desvio padrão e coeficiente de variação. A maior média alcançada foi na questão 49, 1,882, a qual se refere ao intervalo médio entre as consultas de rotina dos pacientes em uso de anti-retrovirais. A menor média observada foi na questão 61, 0,215, que se refere às demandas mais frequentes para o atendimento de extras.

5.4.3. Agrupamento de qualidade

O método das K-médias¹ mostrou que a melhor opção de agrupamento para o conjunto de serviços pesquisados seria em quatro grupos: 76 (24%) serviços no nível 1 de qualidade, 53 (16%) no nível 2, 113 (35%) serviços no nível 3 e 80 (25%) no nível 4. A disposição espacial das médias obtidas em cada grupo está representada no gráfico 03 (Boxplot).

Gráfico 03: Distribuição dos grupos, segundo a pontuação máxima, mínima e média geral alcançadas

Os grupos não se dividem igualmente nos diversos estados (tabela 20). Destacamos o Ceará, que tem 2 dos seus 4 serviços no grupo 1 e o Pará, que tem 3 dos seus 4. Esse resultado pode significar que os poucos serviços que esses estados possuem estão adequadamente estruturados para o atendimento. O que pode corroborar essa hipótese é o fato de 4

¹ Para mais informações ver em metodologia.

dessas unidades estarem situadas na capital, onde teriam mais chances de ter recursos disponíveis. A hipótese do preenchimento de uma auto-avaliação superestimada também não pode ser descartada, até mesmo porque com um número menor de serviços, as chances desse tipo de atitude ficar diluída é menor do que em estados com um número maior de serviços. Já no Estado do Maranhão acontece o fenômeno inverso dos Estados do Ceará e do Pará: suas 4 unidades estão situadas nos grupos 3 e 4 de qualidade. É uma situação bastante peculiar e por isso mesmo sofreu uma avaliação qualitativa à parte.²

Nos estados com maior número de serviços a distribuição entre os grupos é mais homogênea. São Paulo se diferencia dos outros estados por possuir uma concentração um pouco menor de serviços nos grupos 1 e 2, 38% contra 41 do Rio de Janeiro e 44 do Rio Grande do Sul. Entretanto, possui também uma menor proporção no grupo de menor nível de qualidade (19% contra 32% do RJ e 29 do RS).

Tabela 20: Número e proporção de serviços nos grupos de qualidade por estado.

Estado	Grupos									
	1		2		3		4		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CE	2	50	0	0	1	25	1	25	4	100
MA	0	0	0	0	2	50	2	50	4	100
PA	3	75	0	0	0	0	1	25	4	100
MS	4	33	2	17	3	25	3	25	12	100
RG	7	21	8	23	9	27	10	29	34	100
RJ	15	16	24	25	25	27	30	32	94	100
SP	45	27	19	11	73	43	33	19	170	100
Total	76	24	53	16	113	35	80	25	322	100

Análise das categorias avaliativa segundo os grupos de qualidade

Avaliamos a proporção de respostas com pontuação baixa para cada grupo de serviços, segundo nossas grandes categorias de avaliação. Foram

² Esse estudo específico do Maranhão é objeto de doutorado da professora Maria Teresa Scabra Soares de Brito e Alves, que pertence a equipe QualiAids, e que está em fase de defesa.

consideradas questões de pontuação baixa aquelas que receberam zero. A seguir podemos observar a distribuição dessas questões:

– proporção de questões sobre operacionalidade (recursos) com pontuação baixa

- grupo 4: 32%
- grupo 3: 28%
- grupo 2: 20%
- grupo 1: 18%.

–proporção de questões sobre articulação das ações (processo de trabalho) com pontuação baixa:

- grupo 4: 42%
- grupo 3: 31%
- grupo 2: 27%
- grupo 1: 19%

Percebemos que a proporção de questões com pontuação baixa é diferente para as duas categorias: nos grupos 4, 3 e 2 a proporção de pontuação baixa é menor na categoria operacionalidade do que na de articulação e no grupo 1 elas praticamente se equivalem.

Na categoria operacionalidade temos, ainda, que 25% dos serviços apresentaram médias baixas (entre um e zero). Temos ainda que, no grupo de pior qualidade (80 serviços), um terço dos itens que avaliam aporte de recursos obteve pontuação zero, indicando a existência de unidades com sérios problemas de estrutura.

Na nossa compreensão as variáveis de recursos são elementos básicos para o funcionamento dos serviços. A rigor essas unidades que não possuem o básico para o seu funcionamento não deveriam sequer ser avaliadas quanto ao processo de trabalho. Idealmente, ao realizar esse diagnóstico em um primeiro momento da avaliação, as unidades com graves problemas estruturais deveriam passar inicialmente por uma operação para resolução imediata de tais problemas.

Sobre a articulação, mesmo o conjunto de serviços com níveis bons ou médios de aporte de recursos, mostrou frequências baixas de rotinas mínimas para facilitar o acesso e a adesão ao tratamento, tais como retorno mais precoce ao serviço na introdução dos anti-retrovirais, agendamento de consultas por hora e presteza no atendimento de pacientes não agendados.

5.5. Associando as diferenças de qualidade aos tipos dos serviços

As variáveis escolhidas para testarmos a associação com os grupos de qualidade e suas frequências, estão na tabela 21. Não foram encontradas associações estatisticamente significantes com as variáveis estado e tempo de funcionamento. As variáveis tipo de município, número de pacientes e tipo de serviço se associaram significativamente com os grupos de qualidade, como mostra a tabela 17.

O peso das variáveis no modelo foi testado através da retirada uma a uma e todas se mantiveram no modelo final. Dessa forma, serviços localizados em municípios grandes, com número grande de pacientes, dedicados a HIV/aids, tem maior probabilidade de pertencerem aos grupos de melhor qualidade em relação aos outros.

Tabela 21: Distribuição da frequência de serviços segundo variáveis selecionadas

Variáveis	Frequência	
	Nº	%
Estado		
São Paulo	170	(52.8)
Rio de Janeiro	94	(29.2)
Outros	58	(18.0)
Tipo município		
Capital ou > 400 mil	119	(36,96)
Interior ou < 400 mil	203	(66,04)
No pacientes		
>500	58	(18.0)
101 a 500	107	(33.2)
até 100	157	(48.8)
Tipo do serviço		
Não exclusivo	278	(86.34)
Exclusivo	42	(13.0)
Tempo de funcionamento		
Mais de 5 anos	210	(65.2)
5 anos ou menos	112	(34.78)

Tabela 22: Odds Ratio Bruto/ Ajustado de pertencer aos grupos de serviços de Melhor Qualidade (Grupo 1 ou Grupo 2) segundo variáveis selecionadas

Variáveis	OR (IC 95%)*	OR (IC 95%)**	P> z	TRMV (p) ***
MUNICÍPIO				176 (0,0003)
Interior com < 400 mil hab.)	1,0	1,0		
Capital ou interior com >400 mil hab.	5,3 (3,2-8,7)	3,0 (1,7-5,4)	0,000	
TAMANHO (Nº. pacientes)				177 (0,0005)
Até 100	1,0	1,0		
101 a 500	5,0 (2,9-8,7)	3,0 (1,6-5,4)	0,001	
Mais de 500	8,3 (4,2-16,3)	3,4 (1,5-7,7)	0,002	
TIPO (exclusividade)				181 (0,0000)
Não exclusivo	1,0	1,0		
Exclusivo	9,8 (4,2-22,9)	7,5(3,0-19,0)	0,000	

* odds ratio bruto ** odds ratio ajustado *** teste de razão de máxima semelhança

Esse resultado pode ser compreendido se novamente nos voltarmos para a forma como os serviços ambulatoriais se estruturaram no decorrer dessas duas décadas. Apesar de toda a diversidade estrutural e institucional dos serviços, podemos pensar em duas realidades distintas: serviços que se organizaram especificamente para atender pacientes vivendo com HIV/aids e serviços que se adaptaram, assumindo esse atendimento como mais uma atividade.

Os serviços que se organizaram especificamente para atender pacientes vivendo com HIV/aids, naturalmente receberam mais investimentos, não apenas no aspecto de recursos materiais mas principalmente no tocante ao acesso a informações e participação nos processos de discussão sobre políticas do programa.

Também o número de pacientes acaba sendo determinante na organização do serviço e na qualidade do mesmo. Por exemplo, um serviço com grande número de pacientes, aumentará, de maneira geral, a possibilidade de acesso com atendimento diário. Outro ponto é que a própria qualidade técnica do cuidado ganha um diferencial com um número maior de atendimentos: quanto mais pacientes o profissional atende mais situações diferentes ele vivencia e, portanto, mais experiência ele passa a possuir (BASSO 1999).

Por outro lado muitas vezes o serviço pequeno encontra dificuldade até mesmo quanto ao acesso a recursos materiais, como exames, ou para referenciar seus pacientes. Também no tocante ao processo de trabalho muitos serviços se ressentem de isolamento, por não possuírem apoio institucional ou interinstitucional (CASTANHEIRA 2002).

Como já discutimos, o objetivo de nosso trabalho era o de avaliar um grande número de serviços nas diversas regiões do país. Para tanto se tornou necessária a abstração das variáveis de contexto de cada lugar, que não eram passíveis de captação através da metodologia utilizada. Com isso, serviços pequenos que conseguem dar resposta às necessidades do usuário, mesmo sem a estruturação considerada aqui como necessária, inevitavelmente foram classificados nos níveis mais baixos de qualidade. Mas mesmo tendo serviços que conseguem dar respostas apesar de não possuírem todos os recursos necessários, ainda assim é defensável a existência de uma estruturação mínima para todos os serviços, porque isso busca garantir que o acesso às tecnologias já existentes seja disponibilizado para todos os pacientes e que isso não fique a mercê das diferenças regionais.

Aliás, essa condição mínima para o funcionamento pode ser pensada dentro de uma rede de atenção e não necessariamente restrita a um único serviço. Ou seja, é possível que serviços menores ou não especializados possam fazer parte de uma rede maior, que permita o acesso não apenas a recursos mas também possibilite apoio técnico e científico.

O fato dos grupos de qualidade terem se associados a municípios maiores também demonstra a necessidade de uma reorganização dos serviços. Neste caso, a explicação igualmente deve estar ligada a maiores aportes de recursos a que os municípios maiores têm acesso. Mesmo as oportunidades de discussão das práticas de trabalho, os seminários ou congressos ocorrem, na maioria das vezes, em grandes centros, dificultando a participação dos profissionais que estão distantes dos mesmos.

A necessidade de reorganização desses serviços é reforçada ainda pela não associação da variável estado com os grupos de qualidade. Estar

em um estado com uma grande concentração de recursos, como é o Estado de São Paulo, não garante aos serviços acesso a esses recursos.

5.6. O Questionário QualiAids como instrumento de avaliação e de monitoramento da qualidade da assistência às pessoas vivendo com HIV/aids

O instrumento estruturado construído mostrou-se eficiente no estabelecimento de diferenças entre os serviços. Porém destacamos que ele se destina a um primeiro nível de avaliação de qualidade. Um sistema de qualidade deverá prever, para as unidades que já alcançaram melhores médias, avaliações focadas em outras dimensões da qualidade.

Como contribuição para esse sistema de qualidade, com base nesse instrumento, estamos construindo um guia eletrônico que auxiliará os gerentes locais no monitoramento da qualidade do cuidado. Também é possível, tendo como baseline a avaliação inicial, estabelecer metas de incremento da qualidade, para que os serviços possam, ao modificar seu processo de trabalho, mudar de patamar de avaliação.

O instrumento pode ainda ser adaptado para ser utilizado em avaliações de Programa de Aids de outros países com características semelhantes ao nosso.

Outra aplicação seria a adaptação do guia, que está sendo idealizado para os serviços, criando uma versão para o usuário. Acreditamos que, em sociedade democrática, a população tenha papel fundamental na regulação dos serviços e na garantia de uma política de qualidade. Assim, sem desconsiderar a importância da percepção do paciente sobre a qualidade do seu atendimento, poderemos instrumentá-lo no sentido de dar-lhe a conhecer propostas mais humanizadas, democráticas e eficientes de tratamento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Brasileiro de DST/Aids conta hoje com uma rede de serviços públicos ambulatoriais composta por um conjunto heterogêneo de serviços – em termos de características estruturais e institucionais – que prestam uma assistência orientada segundo um conjunto de diretrizes técnicas e políticas que procura estabelecer, de modo dinâmico, prioridades e estratégias de intervenção, segundo as necessidades “ditadas” pelos rumos da epidemia.

Em que pese a clareza ética discursiva e o compromisso político institucional do Programa Brasileiro de DST/Aids com os sujeitos que vivem com HIV/aids, seu plano programático para as ações assistenciais ainda carece de densidade tecnológica. Bem sucedido no que diz respeito ao acesso à medicação ARV, apresenta muitos problemas no desenvolvimento de uma atenção integral de qualidade.

Nas variáveis referentes a recursos, categoria avaliativa de operacionalidade, a maioria das unidades não apresenta problemas significativos, indicando um certo patamar mínimo para a atuação, o que poderíamos chamar de básico para o funcionamento. Encontram-se, no entanto, unidades com pontuação muito baixa nessas questões, sendo que, na sua maioria, são serviços menores.

Essas unidades com tão graves problemas estruturais deveriam passar imediatamente por uma ação efetiva de reestruturação. Para o Programa Nacional, como gestor responsável por essa avaliação, isso se constitui em um desafio porque, apesar dos serviços de aids se constituírem parte integrante do mesmo no que diz respeito às políticas para o setor, a gerência dos mesmos é de responsabilidade do governo municipal ou estadual, impedindo uma ação mais direta da coordenação nacional. Porém esse fato não a desresponsabiliza de organizar essa ação (ou intervenção) junto ao poder público local, pois se não é possível e nem desejável que o órgão de nível federal intervenha diretamente nas ações, por outro lado são de sua responsabilidade as diretrizes das políticas públicas do país.

Sobre o processo de trabalho, há muitas pontuações baixas na organização de rotinas mais efetivas para facilitar o acesso e a adesão ao tratamento, tais como retorno mais precoce ao serviço na introdução dos anti-retrovirais, agendamento de consultas por hora e presteza no atendimento de pacientes não agendados.

Essas ações, se já consideradas como tecnologias próprias dos serviços de aids, ainda não foram assumidas maciçamente pelo conjunto deles. No entanto, em contraposição, as ações de aconselhamento pré e pós-testes alcançam altos índices de realização nos serviços. Essa diferença pode nos direcionar para um caminho de implantação das tecnologias de processo de trabalho necessárias para assistência. O aconselhamento foi uma tecnologia amplamente divulgada, e grandes aportes de recursos foram destinados à sua implantação, que vão desde o treinamento de recursos humanos até a elaboração e distribuição de publicações sobre o tema. Obviamente a implantação da mesma não ocorreu isoladamente e sim em conjunto com uma política de detecção precoce do HIV, através dos Centros de Testagem (CTA/COAS). Mas ficou patente nessa avaliação que a expansão da testagem não se deu isoladamente da tecnologia do aconselhamento. Compreendemos que esse resultado credencia o Programa a realizar outras ações nessa direção para implantação de outras tecnologias necessárias ao processo de trabalho.

Outro fator imprescindível para a implantação dessas tecnologias é o gerenciamento técnico. O gerenciamento técnico do cuidado apresenta muitas fragilidades: falta de gerentes formais, pouca dedicação, falta de formação, inexistência de registros rotineiros que permitam monitorar tecnicamente o trabalho.

O gerente é peça fundamental na articulação da equipe, é o líder que deve dar o direcionamento das ações, buscar a integração das ações e a qualidade das mesmas. Não se trata de tirar a responsabilidade do restante da equipe nesses aspectos, e sim de compreender que essa equipe multiprofissional possui formações diversas e compreensões também diversas do cuidado a ser prestado. O estabelecimento de um processo de

trabalho que garanta uma adequada captação do paciente e a continuidade do tratamento é tão importante quanto a formação técnica individual dos profissionais (SCHRAIBER et. al 1999).

Para alguns gestores parece suficiente contratar os profissionais das diversas categorias e compor uma equipe multiprofissional para que todas as necessidades dos pacientes sejam atendidas. Os saberes de cada um, se forem utilizados de forma desarticuladas, não comporão um todo que garanta um atendimento integral ao paciente. Essa discussão, a respeito da equipe multiprofissional e sua articulação, foge dos nossos objetivos e possibilidades. Basicamente, porém, gostaríamos de ressaltar que é vital que exista um gerente articulador, tanto para promover a integração da equipe quanto para garantir que o processo de trabalho se dê segundo os princípios do programa, de seus valores éticos e técnicos. O trabalho não pode depender apenas da formação moral e técnica de cada um dos profissionais

A expansão dos serviços

A expansão dos serviços deve ser analisada com cuidado: unidades pequenas muitas vezes não comportam toda a estrutura humana e material necessária para o desenvolvimento de um cuidado com qualidade.

Em serviços com número reduzido de pacientes os profissionais têm uma menor possibilidade de se dedicar integralmente à assistência de pacientes vivendo com HIV/aids. Na maioria das vezes esses profissionais se dedicam também ao atendimento de outras demandas no serviço ou possuem outras atividades profissionais fora da instituição. Isso faz com que seu tempo dedicado à área de HIV/aids seja pequeno e, em consequência disso, tenha menos chances de desenvolver (ou aplicar) tecnologias mais apropriadas.

A avaliação demonstrou um grande avanço com relação ao que se habituou chamar de estrutura dos serviços: o Programa de Aids foi eficiente em estruturar uma "rede" de serviços que, apesar da diversidade

organizacional, possui uma estruturação **material** mínima. O grande desafio que hora se apresenta é o de garantir aos pacientes não apenas o acesso aos recursos materiais, mas também a um processo de trabalho que garanta o acesso a tecnologias não materiais coerentes com o referencial ético do programa. A expansão da assistência, pulverizada em micro-serviços que não comportam equipe e gerência dedicadas às pessoas vivendo com aids, além de dificultar o acesso aos recursos materiais, coloca em risco esse referencial técnico e ético do programa. Um debate, envolvendo todos os atores desse cenário (políticos, técnicos, usuários), e usando essas evidências por nós levantadas, poderia ser útil no sentido de estabelecer até onde essa multiplicação dos serviços é favorável ao paciente e até que ponto é possível garantir o mínimo necessário. Outros estudos podem ser necessários para demonstrar o custo-benefício do deslocamento dos pacientes até unidades maiores, em contraposição à manutenção de serviços pequenos e frágeis. Também uma análise de resultados pode indicar o caminho. A queda da mortalidade ocorrida no país após a introdução da terapia anti-retroviral de alta potência não ocorreu homogeneamente, havendo lugares onde ela se manteve estável ou até apresentou ligeiro crescimento (BASSO 2002), podendo indicar que a simples garantia do acesso aos serviços e a medicação não garantam resultados.

Na prática, os usuários que podem já migram de um serviço para outro, em busca de qualidade.

Acho o serviço muito bom. Me mudei para cidade A para poder me tratar na cidade vizinha dela, pois tive problemas com o Serviço X. O que acho bom é ter todos os profissionais em um lugar só. O atendimento também é muito humano. As mínimas coisas são importantes, como pegar sua veia de primeira.” (Gislaine, 32 anos. Entrevista realizada na pesquisa Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo (MELCHIOR 2000).

O contraponto dessa situação seria a criação de uma rede de serviços que possuíssem uma ligação orgânica entre si e que possibilitassem um sistema diferenciado de referência e contra-referência. Diferenciado no sentido de que o serviço de menor porte fosse ligado ao de maior porte, abrindo um espaço de troca concreta entre os mesmos, não reduzindo a relação apenas ao encaminhamento do paciente.

Mas para viabilizar essa prática alguns pontos se colocam como imprescindíveis. Em primeiro lugar, além da responsabilidade técnica definida para cada nível de atenção, é necessário estabelecer qual instância do poder se responsabilizará pelo financiamento daquele nível.

Essa discussão tem avançado no SUS. A NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde) (BRASIL 2001) prevê uma estruturação do sistema de referência e contra-referência, no qual cada município dependendo da complexidade da sua rede de serviços, fica responsável, por si ou por mais municípios, até determinado nível, tendo para isso contrapartida financeira.

Dentro dessa definição de responsabilidades, nos serviços menores é necessário garantir a existência de tudo que seja pertinente àquele nível de atenção. Nos serviços de maior complexidade o número de vagas de referência deve ser garantido, evitando um período muito prolongado de espera.

Mas não basta uma simples estruturação de referências e responsabilidades para garantir que o programa ocorra dentro de seus princípios éticos e técnicos. É necessário que ocorra uma integração entre serviços e profissionais. Essa integração pode se dar por meio, por exemplo, de encontros periódicos para discussão de casos. Outra forma poderia ser a dos profissionais realizarem atendimentos conjuntos. Apesar dessa proposta inicialmente ser mais afeta ao interior técnico das atividades profissionais, ela também pode ser pensada para o funcionamento mais amplo do serviço e da própria gerência. As duas equipes podem discutir conjuntamente, por exemplo, formas de acolhimento dos pacientes ou de seu resgate, quando do abandono do tratamento.

Uma rede que tivesse de fato essa integração poderia ser uma resposta para a necessidade de supervisão levantada por muitos serviços nesse estudo, e mais precisamente sentida na avaliação qualitativa que realizamos (CASTANHEIRA 2002). Os serviços se ressentem por não possuir apoio institucional para os seus dilemas éticos e técnicos diários.

A tarefa de construção de um sistema envolvendo serviços tão díspares, com diferentes gestores e missões, considerando ainda que estamos em um país de dimensões continentais, parece em um primeiro instante, tarefa impossível de ser realizada. Porém a aids, enquanto fenômeno social, que aglutina forças e provoca mudanças profundas e inovadoras na prática da saúde, traz essa possibilidade. Retrato disso é a própria realização dessa avaliação, que se pode dizer inédita enquanto avaliação de programa a nível nacional. A busca de instrumentos de avaliação pertinentes à nossa realidade, um país sub-desenvolvido, com sérias desigualdades sociais e com uma área territorial tão extensa, mas que por outro lado acumula em seus programas de saúde tecnologias muitas vezes "exportáveis" para outros países, se mostrou possível de realizar e mais uma vez o trabalho em aids foi pioneiro.

7. BIBLIOGRAFIA

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR MJ. & ANDER-EGG E. Avaliação de Serviços e Programas Sociais. Petrópolis: Vozes; 1994.

BASSO CR. A Qualidade de Assistência aos Portadores de HIV/ AIDS nos Serviços Descentralizados do Estado de São Paulo. São Paulo; 1999 (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo).

BASSO CR. O Programa Nacional de DST/ Aids no SUS. In: **BARJAS, N; VIANA d'ÁVILA, A.L. (Org). O Sistema Único de Saúde em 10 anos de desafio.** São Paulo: Sobravine; 2002. p. 135-162.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. Serviço de Assistência Especializada – SAE. (Documento técnico não publicado) sem data.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/SAS 95 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). Brasília; 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. 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 – [online]. Brasília; 2000a. Disponível em <[http:// www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)> [2003 fev 26]

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. **Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo**. Série, Avaliação 1, pesquisadora principal Maria Ines Baptistella Nemes, Brasília: Ministério da Saúde, 2000b

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. **Consenso sobre Terapia Antiretroviral para Adultos e Adolescentes infectados pelo HIV** [online]. Brasília; 2002/2003. Disponível em <[http:// www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)> [2003 jan]

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. **Tratamento/Política de Tratamento/Medicamentos** [online]. Brasília; 2003. Disponível em <[http:// www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)> [2003 fev 26]

BOTINASA M, SANTA E, CASAJUANA J, ZAPATERB F, BUENOC JM et al. Proyecto QUALI: un estudio de la calidad de la estructura en los equipos de atención primaria (EAP) de Cataluña. **Aten Primaria** 2000; 25(3): 17-45.

CAMPBELL SM, HANN M, HACKER J, BURNS C, OLIVER D, THAPAR A et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. **BMJ**, 2001 323:1-6.

CASTANHEIRA, ERL. **Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com hiv/aids em serviço públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e processo do trabalho**. São Paulo; 2002. [Tese de doutorado, Faculdade de Medicina - USP].

CASTANHEIRA, ERL.; CAPOZZOLO, A.A.; NEMES, MIB. Características Tecnológicas do processo de Trabalho em Serviços de Saúde Selecionados. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. **Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo.** Pesquisadora principal Maria Ines Baptistella Nemes. Brasília; 2000. (Série Avaliação 1).

CHEN HT & ROSSI PH. The theory-driven approach to validity. **Evaluation and Program Planning** 1987; 10:95-103.

CHEN HT. **Theory-Driven Evaluations.** Newbury Park, California: Sage; 1990.

DANIEL H. **Vida antes da morte/Life before death.** Rio de Janeiro: Tipografia Jaboti; 1989.

DE GEYNDT W. Improving the quality of health care in Latin America [editorial]. **Int J qual Health Care** 2001; 13(2): 85-87.

DONABEDIAN A. **Definition of quality and approaches to its assesement.** In: **Explorations in quality assesement and monitoring.** Michigan: Health Administration Press; 1980. v.1.

DONABEDIAN A. Criteria, Norms and Standards of Quality: What Do They Mean? **AJPH** 1981; 71(4): 409-12.

DONNÂNGELO MCF & PEREIRA L. **Saúde e Sociedade.** 2ª ed. São Paulo: Duas Cidades; 1979.

GUERRA MAT. **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 ZMA., organizadora. **Avaliação em saúde – dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde; p.19-28.

HERMIDA J, NICHOLAS DD, BLUMENFELD SN. Comparative validity of three methods for assessment of the quality of primary health care. **Int J Qual Health Care** 1999; 11(5): 429-33.

KHUNTI K. Use of multiple methods to determine factors affecting quality of care of patients with diabetes. **Fam Pract** 2000; 16(5):489-494.

MALIN JN, ASCH SM, KERR EA, MONGLYNN EA. Evaluating the Quality of Cancer Care. **Cancer** 2000; 88 (3): 701-7.

MARINS JRP, JAMALW LF, CHEN S, HUDES ES, BARBOSA JUNIOR A, BARROS MBA et al. Sobrevivência atual dos pacientes com aids no Brasil. Evidência dos resultados de um esforço nacional. **Boletim Epidemiológico - AIDS.** Out de 2001 a mar de 2002. Ano XV nº2: 37-40.

MELCHIOR R. **Avaliação da aderência de usuários do sistema público de assistência ao tratamento de Aids: uma análise qualitativa.** São Paulo; 2000 [Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública- USP].

MELCHIOR SC. **A Atuação do Farmacêutico no PNDST/AIDS.** Londrina; 2002 [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Londrina].

MENDES-GONÇALVES RB. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. São Paulo; 1977 [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da USP].

MENDES-GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR-SMS/SP; 1992. (Cadernos CEFOR, Série textos 1).

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.

MOONEY G. Judging goodness must come before judging quality – but what is the good of health care? *Int J Qual Health Care* 2000; 12 (5): 389-94.

NEMES, MIB Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde. São Paulo; 1996. [Tese de doutorado, apresentada a Faculdade de Medicina – USP].

NEMES MIB, CYRINO AP. Abordagem Sintética para Avaliação de Programas de Atenção Primária à Hipertensão Arterial. Botucatu, 1999. [Projeto de pesquisa, Faculdade de Medicina da USP e Faculdade de Medicina/UNESP].

NEMES MIB. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatorios do sistema público de assistência à Aids no Estado de São Paulo: visão geral dos resultados. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. **Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo,** Brasília; 2000a. p.17-21.

NEMES MIB. Práticas Programática em Saúde. In: SCHRAIBER LB, NEMES MIB, MENDES GONÇALVES RB, organizadores. **Saúde do adulto: Programas e ações na unidade básica**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000b. p. 48-65.

NEMES, MIB. **Avaliação em saúde: questões para o programa DST/Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2001. 26p. (Coleção ABIA, Fundamentos de Avaliação 1).

NEMES MIB, CASTANHEIRA ERL, MELCHIOR R, BASSO CR, DONINI AA, ALVES MTSSB et al. **Avaliação da adesão ao tratamento por anti-retrovirais (ARV) em pessoas vivendo com aids, usuárias de ambulatorios do sistema público de assistência à aids no estado de São Paulo: complementação de análise**. 2002a. [Relatório final de pesquisa apresentado à Fapesp].

NEMES MIB, MELCHIOR R, CASTANHEIRA ERL, BASSO CR, DONINI AA, ALVES, MTSSB et al. **Avaliação da qualidade da assistência ambulatorial às pessoas vivendo com aids em serviços de saúde públicos no Brasil**. 2002b. [Relatório de pesquisa apresentado à FAPESP].

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública** 2000; 34 (5): 547- 557.

PAHO/WHO. **Building Blocks: Comprehensive Care Guidelines for Persons Living with HIV/AIDS in the Americas**. Washington; 2000. 16p.

PAIVA V, LIMA TN, SANTOS NJS, FELIPE EV, SEGURADO A. Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV. **Psicologia USP** 2002; 13 (2): 105-133.

RUBIN HR, PRONOVOST P, DIETTE GB. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. **Int J Qual Health Care**. 2001; 13(6): 489-96.

SALA A, NEMES MIB & COHEN DD. A Avaliação na Prática Programática. In: SCHRAIBER LB, NEMES MIB, MENDES-GONÇALVES RB, organizadores. **Saúde do Adulto: programas e ações em unidades básicas**. São Paulo: Hucitec; 2000. p173-193.

SANTOS NJS, BUCHALLA CM, FILIPE EV, BUGAMELLI L, GARCIA S, PAIVA V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev Saúde Pública** 2002; 36 (4 supl): 12-23.

SCHRAIBER LB, organizadora. **Programação em saúde hoje**. 2^a ed. São Paulo: Hucitec; 1993.

SCHRAIBER LB, PEDUZZI M, SALA A, NEMES MIB, CASTANHEIRA ERL, KON R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciências & Saúde Coletiva** 1999; 4(2):221-242.

SCHRAIBER LB & MENDES-GONÇALVES RB Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER LB, NEMES MIB, MENDES GONÇALVES RB. Organizadores. **Saúde do adulto: Programas e ações na unidade básica**. 2^a ed São Paulo: Hucitec; 2000a.

SCHRAIBER LB, NEMES MIB, MENDES GONÇALVES, RB. Organizadores. **Saúde do adulto: Programas e ações na unidade básica**. 2^a ed. São Paulo: Hucitec; 2000b.

SESSIONS G. **Avaliação em HIV/AIDS: Uma Perspectiva Internacional**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2001. 35p. (Coleção ABIA, Fundamentos de Avaliação 2)

SZWARCWALD CL, BASTOS FI, ESTEVES MAP, ANDRADE CLT. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública** 2000; 16 Supl 1: 7-19.

TEIXEIRA PR Políticas públicas em Aids. In: PARKER R, organizador. **Política, instituições e AIDS – enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA; 1997. p 43-68.

THE JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION. **The Program Evaluation Standards: how to assess evaluations of educational programs**. 2nd ed. Sage: California; 1994.

8. ANEXOS

ANEXO 1: Declaração da Coordenação Nacional DST e AIDS.

DECLARAÇÃO

Este é para declarar que a pesquisa "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO À AIDS NO BRASIL" a ser conduzida pela Profª Drª Maria Ines Baptistella Nemes é de fundamental interesse para esta Coordenação, compondo o plano nacional de avaliação do Programa para o triênio 2000-2003. Esta Coordenação fará os esforços institucionais necessários para sua boa condução junto aos serviços ambulatoriais cadastrados pela Coordenação Nacional de DST/AIDS no Brasil.

Brasília, 22 de maio de 2000

Alexandre Grangeiro
Coordenador Adjunto

Alexandre Grangeiro
Coordenador Adjunto
Coordenação Nacional de DST e AIDS
CN-DST e AIDS/SPS/MS

ANEXO 2: Consentimento pós-informação.

Termo de consentimento pós-informação para o profissional responsável pela resposta ao questionário da pesquisa

Este termo encontra-se em 2 vias: uma anexa ao questionário que deve ser devolvida junto com o mesmo e outra que deve permanecer no serviço pesquisado

**COORDENAÇÃO NACIONAL DST/AIDS - MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPTO. MEDICINA PREVENTIVA- FACULDADE DE MEDICINA DA USP**

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome do profissional responsável pelo preenchimento do questionário:

.....

Documento de identidade:

Sexo:.....

Endereço.....N.º..... complemento....

Bairro.....Cidade.....

CEP.....Telefone.....E-mail.....

DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

A Coordenação Nacional do Programa DST/Aids do Ministério da Saúde e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo estão realizando uma pesquisa para conhecer melhor os serviços de saúde que atendem as pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. A pesquisa tem a finalidade de traçar o perfil atual da assistência ambulatorial e de identificar fatores que possam auxiliar todos os níveis do Programa DST/Aids a aprimorar a qualidade da assistência prestada.

O título da pesquisa é: **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO À AIDS NO BRASIL**, e o pesquisador responsável é a Profa. Dra. Maria Ines Baptistella Nemes, CRM Nº 28086, Professora Doutora do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. É uma pesquisa que não apresenta riscos para os participantes.

JUSTIFICATIVA

Seis unidades federadas do Brasil (PA, MS, CE, MA, SP, RS) estão participando da pesquisa. Estes estados foram escolhidos pela Coordenação Nacional de DST/Aids por representarem realidades epidemiológicas e operacionais das diversas regiões brasileiras. Todos os serviços públicos de saúde destes estados que atendem adultos com HIV/Aids em nível ambulatorial participarão da pesquisa. Com isso, teremos o perfil de diferentes serviços nas diferentes realidades do Brasil. Somente será possível obter este resultado e de fato contribuir para melhorar a qualidade da assistência, se todos os serviços participantes colaborarem e responderem os questionários da forma mais precisa possível.

Pedimos, portanto, a colaboração dos responsáveis pela assistência ambulatorial a pessoas com HIV/Aids para a realização do estudo, através da resposta ao questionário enviado que contém 112 perguntas sobre as várias etapas do trabalho de assistência.

GARANTIAS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL E DO SERVIÇO PARTICIPANTE

É importante que os(as) srs (as) saibam que os nomes dos profissionais e dos serviços participantes nesta pesquisa não serão divulgados de nenhum modo pelo pesquisador em artigos, relatórios ou qualquer outra forma de divulgação científica ou leiga. Apenas a unidade federada à qual pertence o serviço será identificada, quando for o caso. Esclarecemos ainda que o banco de dados completo será entregue à Coordenação Nacional do Programa DST/Aids para fins de planejamento de políticas de melhoria da qualidade. Cabe esclarecer também que não se trata de uma avaliação de desempenho profissional, e que os profissionais individualmente não são objeto de nenhum tipo de avaliação.

As informações contidas no questionário, em hipótese nenhuma, prejudicarão o trabalho ou a inserção no serviço de qualquer profissional.

RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA, PARA CONTATO

Se você tiver dúvidas sobre esta pesquisa ou sobre sua participação, sinta-se à vontade para perguntar em qualquer momento, à pesquisadora responsável pelo telefone 0xx 11 3066-7444 ramal 43, ou pelo e-mail qualiaids@bol.com.br. A unidade de assistência da Coordenação Nacional do Programa DST/Aids também está à disposição para qualquer esclarecimento, através dos telefones 0xx 61 315-2754/2491 ou do e-mail josuelima@ids.gov.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa

Data ____/____/____

assinatura do responsável pelo preenchimento do questionário

assinatura do pesquisador científico responsável

assinatura do representante da Coordenação Nacional do Programa DST/Aids

Este termo encontra-se em 2 vias: uma anexa ao questionário que deve ser assinada e devolvida junto com o questionário preenchido e outra via que deve permanecer no serviço pesquisado

ANEXO 3: Parecer do Comitê de Ética da FMUSP.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

FACULDADE DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CLÍNICA INTERNA - 1901
CAMPUS PAVÃO - SÃO PAULO - SP

DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 13-09-2000, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 677/00 intitulado: "**Avaliação da qualidade da assistência ambulatorial nos serviços públicos de atenção à AIDS no Brasil**", apresentado pelo(a) pesquisador(a) **Dra. Maria Ines Baptistella Nemes**, do Departamento de Medicina Preventiva, bem como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CAPPesq, 15 de Setembro de 2000.

PROF. DR. JORGE KALIL FILHO
Presidente da Comissão de Ética Para
Análise de Projetos de Pesquisa

OBSERVAÇÃO: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c").

ANEXO 4: Parecer do Comitê de Ética da FSP/USP.

Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA – COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

Telefones: (55-11) 3066- 7734 – fone/fax (55-11) 3064 -7314 – e-mail: mdoracast@usp.br

Of.COEP/295/02

19 de dezembro de 2002

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou e aprovou “ad-referendum”**, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Protocolo de Pesquisa n.º 893, intitulado: “AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL A PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO BRASIL: ANÁLISE DE 322 SERVIÇOS EM 7 ESTADOS BRASILEIROS (CE,MA,MS,PA,RJ,RS,SP)”, apresentado pela pesquisadora Regina Melchior.

Atenciosamente,

Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

ANEXO 5: Questionário com a pontuação estabelecida.

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

Serviço: _____
Município/ Estado: _____
Endereço: _____
Responsável pelo serviço de HIV/AIDS: _____
Responsável pelo preenchimento do questionário: _____
Função: _____
Contatos para conferência: Telefone: _____ Fax: _____
E-mail: _____

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

1. Esse serviço é conhecido, pelos pacientes ou por outros serviços, por algum outro nome?

DESCRIPTIVA

(1) Não

(2) Sim

Qual? _____

2. Quais as instituições **gestoras** desse serviço? **DESCRIPTIVA**

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

(1) Secretaria Estadual de Saúde

(2) Secretaria Municipal de Saúde

(3) Universidade pública

(4) Universidade privada

(5) Ministério da Saúde

(6) Consórcio intermunicipal

(7) Outros

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

3. Quais as outras fontes de financiamento para manutenção desse serviço? DESCRITIVA

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Produção assistencial via SUS
- (2) Verba SUS, através da Gestão Plena do Município
- (3) Convênio do município com a Coordenação de DST/Aids (Plano Operativo Anual – POA – do município)
- (4) Convênio do Estado com a Coordenação de DST/Aids (Plano Operativo Anual – POA – do Estado)
- (5) Outros
- (6) Não há

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Ambulatório de assistência a várias especialidades
- (2) Ambulatório de moléstias infecciosas
- (3) Ambulatório de assistência especializada aos portadores DST/HIV/aids (ambulatório de DST/HIV/aids isolado)
- (4) Ambulatório de Hospital de Moléstias Infecciosas
- (5) Ambulatório de Hospital Geral
- (6) Unidade básica de saúde
- (7) Outros

5. Em que ano o ambulatório de HIV/aids começou a funcionar?

____ _
DESCRITIVA

6. Quantos **pacientes** com HIV/aids **em uso de anti-retroviral** estão atualmente em seguimento ambulatorial? DENOMINADOR

- (1) Número de pacientes com idade de zero a 13 anos
- (2) Número de pacientes com idade acima de 13 anos
- (3) Só é possível obter o número total de pacientes
- (4) Não é possível obter esses dados

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

- Considere a média mensal de consultas realizadas por esse serviço no ano 2000
- Considere **EXCLUSIVAMENTE** o número de consultas médicas realizadas por infectologistas, clínicos ou pediatras responsáveis pelo seguimento dos pacientes com DST/HIV/aids. Não incluir consultas de ginecologia ou de outras especialidades

- (1) Consultas/mês de HIV/aids realizadas com pacientes de zero a 13 anos: _____
- (2) Consultas/mês de HIV/aids realizadas com pacientes acima de 13 anos: _____
- (3) Consultas/mês de DST: _____
- (4) Total (não é possível obter os dados separadamente): _____
- (5) Não é possível obter esse dado. _____

8. Quantos pacientes DST/HIV/aids maiores de 13 anos **foram agendados** para consulta médica no último mês? **VER QUESTÃO 9**

- (1) Consultas agendadas de HIV/aids para maiores de 13 anos: _____
- (2) Consultas agendadas de DST para maiores de 13 anos: _____
- (3) Total de pacientes agendados (não é possível obter os dados separadamente): _____
- (4) Não é possível obter esse dado _____

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

- (1) Número de faltas em consultas médicas no último mês em HIV/aids _____
- (2) Número de faltas em consultas médicas no último mês em DST _____
- (3) Total (não é possível obter os dados separadamente): _____
- (4) Não é possível obter esse dado _____

No de faltas / Total de consulta agendada x 100 (utilizar o item 1 das 2 questões. Se estiver em branco utilizar linha 3, todos em uma mesma variável)

O resultado classificar:

00 a 15% = 2

16 a 25% = 1

mais 26% = 0

Operacionalidade

10. Quantos dias por semana o ambulatório de DST/HIV/aids está aberto ao público? **VER QUESTÃO 11**

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

(6) Mais de 5 dias por semana

Acesso

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

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

Multiplicar 10 X 11 para saber o resultado em horas. Cruzar com n% de paciente (questão 6, item 2).Resultado classificar

+ de 40 horas (sem considerar pacientes) = 2

0 a 15 pacientes – 4 a 6 horas = 1

16 a 30 pacientes – 8 a 12 horas = 1

31 – 60 pacientes 18 a 24 horas = 1

> 60 pacientes - 30 a 40 horas = 1

combinações menores=0

Operacionalidade

12. Em relação aos estágios e/ou treinamentos oferecidos por esse serviço pode-se dizer que:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Item = valor

2 ou 3 = 2

4 ou 1 = 0

4 e qq outro = missing

Articulação

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

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

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

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

CM + outras salas (fora de enfermagem) = 1

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

CM + outras salas + sala para grupo =2

Operacionalidade

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

2 e 4 = 0 (VM)

1 ou 3 = 1

1 e 3 = 2

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

Operacionalidade

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

➤ Não contar médicos residentes

- (1) Número de médicos infectologistas para DST: _____
- (2) Número de médicos infectologistas para HIV/aids: _____
- (3) Número de médicos clínicos-gerais para DST: _____
- (4) Número de médicos infectologistas para HIV/aids: _____
- (5) Número de médicos infectologistas para DST e HIV/aids: _____
- (6) Número de médicos clínicos-gerais para DST e HIV/aids: _____

Não entrou

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

Item = valor

1 = 2

3 ou 4 ou 5 = 1

2 = 0

Articulação

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

- (1) Carga horária total/semanal de infectologistas que atendem DST: _____
- (2) Carga horária total/semanal de infectologistas que atendem HIV/aids: _____
- (3) Carga horária total/semanal de infectologistas que atendem DST e HIV/aids (não é possível obter os dados separadamente): _____
- (4) Carga horária total/semanal de clínicos-gerais que atendem DST: _____
- (5) Carga horária total/semanal de clínicos-gerais que atendem HIV/aids: _____
- (6) Carga horária total/semanal de clínicos-gerais que atendem DST e HIV/aids (não é possível obter os dados separadamente): _____

Horas médicas= itens (2)+(5) (se não tiver a informação 2 e 5 considerar 3 e 6)

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

20 horas semanais de 151 até 200 pacientes = 1

20 horas semanais mais de 200 pacientes = 0

Operacionalidade

18. A demanda de rotina do ambulatório é atendida:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Exclusivamente por médicos residentes ou estagiários

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

Item = valor

4 = 2

3 = 1

1 e 2 = 0

Operacionalidade

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

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

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

Considerar profissional por profissional (linha a linha), sendo:
Ter exclusivo = 2, ter não exclusivo = 1, não ter = 0

Operacionalidade

II. Sistema de registro e informações

20. Os prontuários dos pacientes com DST/HIV/aids:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

3+1 = 2

3 ou 1 = 1

2, 4, 5 = 0

RI

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) No prontuário do paciente (prontuário único)
- (2) Em livros ou fichas separadas
- (3) Esse tipo de registro não é feito

Item = valor

1 = 2

2, 3 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Número de atendimentos e procedimentos
- (2) Número de consultas por faixa etária
- (3) Número de consultas por diagnóstico (infecções oportunistas/outras DSTs)
- (4) Número de consultas por médicos
- (5) Número de atendimentos em grupo
- (6) Atendimentos a casos de exposição ocupacional
- (7) Número total de faltas em consulta médica
- (8) Número de faltas por paciente em consulta médica

- (9) Número de exames laboratoriais realizados
- (10) Número de pacientes por faixa etária
- (11) Número de pacientes por sexo
- (12) Número de pacientes soropositivos
- (13) Número de pacientes com co-infecção por tuberculose
- (14) Número de pacientes por diagnóstico (infecções oportunistas, outras DSTs)
- (15) Número de pacientes em uso de anti-retroviral
- (16) Primeiro atendimento no ano de cada paciente
- (17) Número de óbitos
- (18) Número de pacientes por esquema terapêutico com anti-retroviral
- (19) Outros

Valor dos itens:

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

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

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

Classificação:

Acima de 1,3 = 2

de 0,71 – 1,29 = 1

abaixo de 0,70 = 0

Articulação

23. No atendimento médico, o registro é feito:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

Item = valor

3 = 2

2 = 1

1 = 0

Articulação

24. Em que outros atendimentos são utilizados formulários padronizados?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) No primeiro atendimento do paciente nesse serviço por profissional não-médico
- (2) No atendimento de enfermagem

- (3) No atendimento odontológico
- (4) No atendimento com nutricionista
- (5) No atendimento psicológico
- (6) No atendimento em serviço social
- (7) No atendimento em grupo
- (8) No atendimento a casos de exposição ocupacional
- (9) No atendimento de gestantes
- (10) No atendimento de DST
- (11) No atendimento de Tuberculose
- (12) Outros
- (13) Não são usados registros padronizados

Valores:

8 a 11 = 0,25 cada

1 a 7 = 0,14 cada

12 e 13 = 0

Classificação:

Acima de 1,3 = 2

de 0,71 – 1,29 = 1

abaixo de 0,70 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

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

4 ou 6 = 2

1,7,5 = 1

2,3,8 = 0

Articulação

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

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Item = valor

4 = 2

1,2,3 = 1

5 = 0

6 = não considerar (se marcar essa considerar missing)

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Item = valor

2 = 1

1 = 1

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

Articulação

28. Caso o paciente com sorologia positiva confirmada não retornar, esse serviço:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

Item = valor

2 = 2

1 = 0

3 ou 4 = missing

Articulação

29. Os portadores de HIV/aids que procuram atendimento pela primeira vez nesse serviço são **de rotina**:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

Item = valor

1,3,4,5 = 2

2 = 1

6,7,8,9 = 0

Articulação

30. Nesse primeiro atendimento, as atividades realizadas são:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Valores dos itens

8 e 9 = 0,37 cada

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

3, 4, 6, 7, 12 = 0

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Articulação

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

Item = valor

3 = 2

2 = 1

1 = 0

4 = não pontuar. Excluir.

Articulação

32. Após o primeiro atendimento, o paciente sai desse serviço com a consulta de retorno agendada?

(1) Não = 0

(2) Sim = 2

Articulação

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

(1) O primeiro atendimento sempre é a primeira consulta

(2) Menos de 1 semana

(3) De 1 a 4 semanas

(4) De 5 a 8 semanas

(5) Mais de 8 semanas

Item = valor

1,2 = 2

3 = 1

4, 5 = 0

operacionalidade

IV. Organização geral da assistência a portadores de HIV/Aids

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Passa antes por atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem
- (2) Passa antes por atendimento com o enfermeiro
- (3) Passa por atendimento prévio ao do médico com outro profissional de nível superior
- (4) Passa em consulta médica sem nenhum outro atendimento prévio
- (5) Passa por atendimento prévio ao do médico dependendo da necessidade do paciente
- (6) Outros

Item = valor

3, 2 = 2

1 = 1

4, 5, 6 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Valores:

4,2 = 0,64

1,3 = 0,36

5,6 = 0

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

(4) Sim, habitualmente são realizadas palestras

(5) Outros

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

2 = 2

3 ou 4 = 1

5 ou 1 = 0

Articulação

37. As consultas médicas são agendadas:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

Item = valor

1 = 2

2 = 1

3,4,5 = 0

Articulação

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

Item = valor

1, 2 = 2

3,4 = 1

5,6,7 = 0

Articulação

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

(1) Não = 0

(2) Sim = 2

Articulação

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

(1) Para o mesmo profissional

(2) Para o profissional com agenda disponível

(3) Com o médico responsável, mas para atendimento com diferentes estagiários (alunos ou residentes)

(4) O retorno não é agendado. O paciente é orientado a retornar em período estabelecido pelo médico ou pela rotina desse serviço

(5) Outros

Item = valor

1 = 2

3 = 1

2,4,5 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

(1) Agendamento conforme demanda do paciente

(2) Agendamento de avaliação periódica mesmo na ausência de queixas

(3) Pronto atendimento para queixas agudas

(4) Não há atendimento odontológico nesse serviço

Item = valor

2 = 2

1,3 = 1

4 = 0

Articulação

42. Para as mulheres, qual a forma de acesso predominante ao atendimento médico **ginecológico**

nesse serviço?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Item = valor

2 = 2

1,3,4 = 1

5 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Valores:

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

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

- (4) Outros
- (5) Não existem padronizações

Item = valor

1,2 = 2

3 = 1

4,5 = 0

Articulação

V. Seguimento ambulatorial de rotina de pacientes HIV/Aids

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

Item = valor

3,4 = 2

2 = 1

1 = 0

Articulação

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

Item = valor

2,3,4 = 2

1 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

- (9) Agenda pessoalmente o retorno
- (10) Faz outras orientações ou procedimentos
- (11) Encaminha para outros atendimentos

Valores:

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

Outros= 0,14

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Articulação

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

Item = valor

1,2,3 = 2

4,5 = 0

Articulação

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

Item = valor

1,2, = 2

3,4 = 0

Articulação

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

Item = valor

1,2 = 2

3,4,5 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Valores:

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

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Articulação

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) O paciente leva prescrição para 60 dias
- (2) A enfermeira ou o farmacêutico autoriza a retirada da medicação
- (3) O paciente passa por consulta de enfermagem e, após orientações, retira a medicação
- (4) O paciente passa por atendimento com farmacêutico, que libera medicação
- (5) O médico deixa receituário pronto no serviço para o próximo mês
- (6) Isso não acontece

Item = valor

3,4 = 2

1,2,5 = 0

6 = Não pontuar. Considerar missing.

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Valores:

Cada item vale 0,4

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Articulação

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

Item = valor

2,4 = 2

3 = 1

1,5 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Agendar retorno
- (2) Agendar exames

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

Valores:

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

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

Item 9=0

Se somente assinalada 10 considerar missing

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Articulação

56. Em relação ao desejo de ter filhos por parte dos portadores de HIV/aids (homens e mulheres), os profissionais desse serviço:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Item = valor

3 = 2

1,2,4 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Aguarda retorno espontâneo em todos os casos
- (2) Convoca paciente em uso de anti-retroviral

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

Item = valor

6=2

2,3,4,5 = 1

1,7,8,9 =0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Item = valor

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

7,8=0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Item = valor

1,2=0

3 = 1

4 =2

Articulação

VI. Atendimento não agendado de pacientes HIV/Aids

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Item = valor

1,2,4,6 = 2

3,5,7 = 0

Operacionalidade

61. Quais as demandas mais frequentes para os atendimentos “extras” (consultas não agendadas para pacientes em seguimento)?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Se respondeu só 1 = 2

Caso contrário = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Valores:

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

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

Itens 9,10=0

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Articulação

VII. Características da assistência prestada pela equipe multiprofissional

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Valores:

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

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

Itens 14 = 0

Se marcar somente 15 considerar missing

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Recepção e acolhimento de casos novos
- (2) Triagem de intercorrências

- (3) Realização de grupos de adesão
- (4) Realização de grupos sobre outros temas específicos
- (5) Notificação epidemiológica
- (6) Supervisão da equipe de enfermagem
- (7) Visita domiciliar
- (8) Outros
- (9) Esse serviço não dispõe desse profissional

Valores:

Itens 1,4,5= 0,30

Itens 2,3,6,7,8=0,28

Itens 9=0

Se marcar somente 10 considerar missing

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Valores:

Itens 1 a 7= 0,28

Itens 8,9=0

Se somente 10 considerar missing

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Valores:

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

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

Itens 11=0

Se somente 12 considerar missing

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Valores:

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

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

Itens 11=0

Se somente 12 considerar missing

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Controle do suprimento e dispensação dos medicamentos
- (2) Treinamento e supervisão dos auxiliares de farmácia (ou dos outros profissionais que auxiliam na farmácia)
- (3) Dispensação de medicamentos
- (4) Orientação individual dos pacientes quanto ao uso da medicação
- (5) Supervisão e orientação da equipe médica sobre a adequação dos esquemas com anti-retroviral
- (6) Controle de faltosos

- (7) Grupos de adesão
- (8) Outros
- (9) Esse serviço não dispõe desse profissional

Valores:

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

Itens 1,2,3 = 0,24

Itens 8 = 0

Se somente 9 considerar missing

Classificação:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Se respondeu só 2 ou 2 e outro = 2

Se respondeu só 1 ou só 3 = 1

Se respondeu 1 e 3 = 1

Se somente 4 considerar missing

Articulação

VIII. Medicamentos

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

MARCAR UMA ALTERNATIVA POR MEDICAMENTO

Medicamentos	(Não disponível / não utilizado)	Não faltou	Faltou: tempo médio de falta nos últimos 6 meses		
	A	B	C) Até 15 dias	D) 16 a 30 dias	E) Mais de 30 dias
(1) Ampicilina					
(2) Amoxicilina					
(3) Azitromicina					
(4) Cefalexina					
(5) Ciprofloxacina					
(6) Claritromicina					
(7) Clindamicina					
(8) Dapsona					
(9) Penicilina Benzatina					
(10) Sulfadiazina					
(11) Sulfametoxazol-Trimetoprim					
(12) Cetoconazol					
(13) Fluconazol					
(14) Isoconazol creme vaginal (ou outro derivado imidazólico)					
(15) Nistatina creme vaginal					
(16) Nistatina solução oral					
(17) Itraconazol caps.					
(18) Aciclovir comp.					
(19) Ganciclovir injetável					
(20) Estreptomicina					
(21) Etambutol					
(22) Isoniazida					
(23) Pirazinamida					
(24) Rifampicina					
(25) Metronidazol – comp.					
(26) Metronidazol creme vaginal					
(27) Pentamidina					
(28) Pirimetamina					

Se faltou (em qualquer tempo) 10,11,13 ou 28=0 (mínimo)

Se não faltou 10,11,13 e 28 e se faltou mais de 30 dias dos itens 1,3,4,6,8,9,12 ou 18=0

Se não faltou 10,11,13 e 28 e se faltou até 30 dias mais que 50% dos itens 1,3,4,6,8,9,12,18=1

Se não faltou 10,11,13 e 28 e se faltou até 30 dias menos que 50% dos itens 1,3,4,6,8,9,12,18=2

Operacionalidade

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Na consulta médica
- (2) Por auxiliar/técnico de enfermagem
- (3) Na farmácia, por pessoal auxiliar
- (4) Na farmácia, por farmacêutico
- (5) Em consulta de enfermagem
- (6) Em atendimento individual por outros profissionais de nível superior
- (7) Em grupos de discussão sobre adesão

Combinações com 5, 6,7=2

Tendo 2 ou mais do 1 ao 4=1

Se tiver apenas 1 de 1 a 4=0

Articulação

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

Item = valor

1=2

2,3 = 1

4 a 6=0

Operacionalidade

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Ficha de cadastro individual, com informações sobre esquema Terapêutico e data da retirada
- (2) SICLOM (Sistema de Informação e Controle de Logística de Medicamento)
- (3) Retenção da 2ª via da receita médica
- (4) Fichas de prateleira para controle de estoque de medicamentos
- (5) Livro de registro
- (6) Planilha de controle de medicamentos
- (7) Outros
- (8) Esse serviço não tem esse tipo de controle

Item = valor

1,2 = 2

5,6 = 1

3,4,7,8 = 0

Articulação

74. Esse serviço retira periodicamente os óbitos notificados do controle de dispensação de anti-retroviral?

- (1) Não = 0
- (2) Sim = 2
- (3) Não se aplica, pois esse serviço não dispensa anti-retroviral = Considerar missing.

Articulação

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

MARCAR UMA ALTERNATIVA POR MEDICAMENTO

Medicamentos	Não Disponível / Não utilizado	Não faltou	Faltou: Tempo médio de falta nos últimos 6 meses			
	A	B	C) Até 7 dias	D) 8 a 15 dias	E) 16 a 30 dias	F) mais de 30 dias
(1) Delaridina (DVD) comp. 250 mg						+
(2) Didanosina (ddl) comp.25mg						
(3) Didanosina (ddl) comp.100mg						
(4) Efavirenz (EFV) caps. 200mg						
(5) Indinavir (INV) comp. 400mg						
(6) Lamivudina (3TC) comp.150mg						
(7) Nelfinavir (NFV) caps. 250mg						
(8) Nevirapina (NPV) (caps. 200mg)						
(9) Ritonavir (RTV) comp.100mg						
(10) Saquinavir (SQV) comp.200mg						
(11) Estavudina (D4T) comp 30 mg						
(12) Estavudina (D4T) comp 40mg						
(13) Zalcitabina (ddC) comp. 0,75mg						
(14) Zidovudina (AZT) comp. 100mg						
(15) Zidovudina (AZT) suspensão						
(16) Zidovudina 300mg + Lamivudina 150mg						

() Esse serviço não possui essas informações

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

Se faltou de 5 a10% até 15 dias=1

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

Esse serviço não possui essa informação=0

Operacionalidade

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

Nome da unidade dispensadora:.....

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

Cidade:..... Estado:..... Telefone:.....

A dispensação na unidade citada acima :

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Item= valor

4=2

1,2,3,5=0

Se somente 6, considerar missing

Operacionalidade

IX. Apoio diagnóstico e terapêutico

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

(ESCOLHA UMA ALTERNATIVA POR LINHA)

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

Valores:

Se disponível na unidade ou com facilidade

Itens 1,2,3= 0,46

Itens 4 e 5=0,30

Se com dificuldade ou não disponível = 0

Classificação da soma do quadro:

= ou maior 1,30 = 2

de 0,71 a 1,29 = 1

= ou menor que 0,70 = 0

Operacionalidade

78. Quanto aos exames laboratoriais, esse serviço:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

Item = valor

1=2

2=1

3 = 0

Articulação

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

ESCOLHA UMA ALTERNATIVA POR EXAME

CONSIDERE O TEMPO A PARTIR DA SOLICITAÇÃO DO EXAME

EXAMES	Não disponível	Disponível com tempo médio de espera para o resultado de:					
	A)	B) até 7 dias	C) 8 a 15 dias	D) 16 a 30 dias	E) 31 a 45 dias	F) 46 dias ou mais	G) Imprevisível
(1) Amilase							
(2) Bilirrubina/frações							
(3) Colesterol							
(4) Creatinina							
(5) DHL							
(6) Fosfatase Alcalina							
(7) Glicose							
(8) TGO/TGP							
(9) Uréia							
(10) Triglicérides							
(11) Hemograma							
(12) Mielograma							
(13) Hemocultura Bactéria.							
(14) Hemocultura p/ BAAR							
(15) Hemocultura para fungos							
(16) Coprocultura							
(17) Urocultura							
(18) BAAR							
(19) Cultura BAAR							
(20) PPD							
(21) BAAR lavado brônquico							
(22) Ident. Micobactéria							
(23) Sensib. Micobactéria							
(24) Urina I/EAS (elementos anormais)							
(25) Parasitológico de fezes							
(26) Isosporíase							
(27) Criptosporidíase							
(28) Anti-HIV (Elisa)							
(29) Western-Blot							
(30) Imunofluor para HIV							
(31) Sorologia CMV							
(32) S. Hepatite B							
(33) S. Hepatite C							
(34) S. Toxoplasmose							
(35) CD4/CD8							

(36) Carga Viral							
------------------	--	--	--	--	--	--	--

Se não disponível mais de 20% dos itens 1, 2,3, 4, 6, 7, 8, 9,10,11,18,20,24,36,37 ou se somente esses forem disponíveis=0

Se disponível mais de 80% dos itens (1, 2,3, 4, 6, 7, 8, 9,10,11,18,20,24,36,37) e até 50% do restante = 1

Se disponível mais de 80% dos itens (1, 2,3, 4, 6, 7, 8, 9,10,11,18,20,24,36,37) e mais que 50% do restante=2

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

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

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

Dessa 2ª análise, excluir os exames 14,15,19,22 e 23

Operacionalidade

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

ESCOLHA UMA ALTERNATIVA POR EXAME

OUTROS EXAMES	Não disponível	Disponível com tempo médio de espera para o resultado de:					
	(A)	B) Até 7 dias	C) 8 a 15 dias	D) 16 a 30 dias	E) 31 a 45 dias	F) 46 dias ou mais	G) Imprevisível
(1) Rx Tórax							
(2) Rx Seios da Face							
(3) Rx Abdome							
(4) EDA							
(5) USG							
(6) Tomografia							
(7) Broncoscopia							
(8) Colonoscopia							
(9) Colposcopia							
(10) Fundoscopia							
(11) Anatomo Patológico							
(12) ECG							

Se não disponível 1,2 ou 3=0

Se somente 1, 2 e 3 forem disponíveis=0

Se disponíveis 1 e 2 e 3 e 4 itens entre (4 ou 5 ou 6 ou 9 ou 10 ou 12) =1

Se disponíveis 1 e 2 e 3 e 4 itens entre (4 ou 5 ou 6 ou 9 ou 10 ou 12) e 1 item entre (7 ou 8 ou 11) =2

os que responderam menos 50% do quadro (<6 respostas) a codificação fica com missing*

se menos de 50% dos 12 é não disponível, independentemente de quantos respondeu, não analisa a parte 2^a (com relação ao tempo). Mesmo padrão para o quadro 79,80 e 81

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

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

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

Operacionalidade

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

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

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

Item= valor

3,4=2

2=1

1,5=0

Operacionalidade

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

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

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

Item= valor

3,4=2

2=1

1,5=0

Operacionalidade

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

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

MARCAR UMA ALTERNATIVA POR LINHA

ESPECIALIDADES	Não disponível	Disponível com tempo médio de espera para acesso de:				
	A	B) até 15 dias	C) 16 a 45 dias	D) 46 a 60 dias	E) mais de 60 dias	F) imprevisível
(1) Pneumologia						
(2) Ginecologia						
(3) Dermatologia						
(4) Psiquiatria						
(5) Neurologia						
(6) Gastro						
(7) Proctologia						
(8) Cardiologia						
(9) Otorrino						
(10) Oftalmologia						
(11) Oncologia						
(12) Hematologia						
(13) Cirurgia Geral						
(14) Urologia						
(15) Odontologia						
(16) Psicologia						
(17) Serviço social						
(18) Nutrição						

Se não disponível mais de 20% dos itens 1,2,4,5,10,13,15,16,17 e 18 ou se somente esses forem disponíveis=0

Se disponível mais de 80% dos itens (1,2,4,5,10,13,15,16,17 e 18) e 3 ou 6 ou 7 = 1

Se disponível mais de 80% dos itens (1,2,4,5,10,13,15,16,17 e 18) e (3 ou 6 ou 7) e 3 dos demais (8,9,11,12,14) =2

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

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

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

Operacionalidade

X. Cuidados de Biossegurança

84. No último ano, quantos acidentes com material contaminado ocorreram com funcionários desse serviço?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Nenhum
- (2) Entre 1 e 5 acidentes
- (3) Mais de 5 acidentes
- (4) Informação não disponível

Item= valor (ver frequência)

1=2

2,3=1

4=0

Descritiva

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

- (1) Não = 0
- (2) Sim = 2

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Item= valor

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

5=1

3,6,7=0

operacionalidade

XI. Capacitação de recursos humanos

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

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

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

(8,9,10 ou11)=1

12,13=0

Articulação

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

- (1) Não = 0
- (2) Sim = 2

operacionalidade

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Não
- (2) Sim, mas não existe espaço físico reservado para a consulta
- (3) Sim. O material está disponível em sala de leitura ou equivalente

3=2

2=1

1=0

Articulação

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

2 ou 3=2

4=1

1 ou 5=0

Articulação

XII. Gerência

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

2=2

3=1

1,4 ou 5=0

Articulação

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

2 ou 3=2

4=1

1 ou 5 = 0

Articulação

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

- (5) Não existe coordenação direta das atividades de assistência ambulatorial

1 ou 2=2

3 ou 4=1

5=0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

1 ou 2 =2

4=1

3,5 ou 6= 0

7 = missing

Articulação

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

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

3 ou 4=2

2=1

1=0

5 = missing

Articulação

96. Esse serviço realiza reuniões de trabalho:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

1 ou 2 =2

3 =1

4 ou 5=0

operacionalidade

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

2 ou 4 =2

1 ou 3=1

5=0

6= missing

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

1 a 10 =2 (todas)

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

(1,2,3 ou 5) + 4 = 1

(6,7,8,9 ou 10) + 4 = 1

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

se só (1,2,3 ou 5) = 0

(6,7,8,9 ou 10) = 0

11 = 0

12= missing

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

1 ou 2=2

3 ou 4= 1

5 ou 6 =0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Supervisões técnicas
- (2) Supervisões administrativas
- (3) Supervisão institucional
- (4) Supervisão clínica para os psicólogos
- (5) Não há nenhum tipo de supervisão

1 ou 3 =2

2 ou 4= 1

5 = 0

Articulação

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

4 = 2

1,2ou3=0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

3 ou 6=2

2 ou 4 ou 5=1

1,7, ou 8=0

Articulação

103. A priorização da utilização dos recursos financeiros é realizada:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) Pelo gerente, após reunião com a equipe desse serviço e com instâncias superiores
- (2) Pelo gerente desse serviço junto à instâncias superiores
- (3) Sem a participação direta desse serviço nas decisões
- (4) Pelo gerente e pela equipe desse serviço, junto com pacientes (comissões municipais, fóruns ou similares) e instâncias superiores

1 ou 4=2

2=1

3=0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

Descritiva

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Encaminhamento dos problemas para a direção local
- (2) Notificação à Coordenação Municipal do Programa DST/Aids
- (3) Notificação à Coordenação Estadual de DST/Aids
- (4) Notificação à Coordenação Nacional de DST/Aids
- (5) Comunicado às instâncias de controle social (fórum de ONGs, Conselho Municipal de

Aids, Conselho Municipal de Saúde)

- (6) Contato com outros serviços ou instâncias gerenciais para remanejamento de insumos
- (7) Reunião com pacientes
- (8) Aguardo de providências de outras instâncias gerenciais
- (9) Aquisição de insumos com verba de pronto pagamento ou com recursos de projetos
- (10) Outros

6 ou 9 =2

1,2,5 ou 7=1

3,4,8,ou 10=0

Articulação

106. A avaliação das atividades assistenciais é:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

1=2

3 ou 4=1

2 ou 5 = 0

Avaliação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

4 ou 5=2

2+6=2

3+2=2

3+6=2

2, 3 ou 6=1

1 ou 8=0

7 = missing

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Não

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

4 ou 5 = 2

2 ou 3 = 1

1 ou 6 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

2, 3 ou 4 = 2

1 = 0

Articulação

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

2,3,4,5 ou 6=2

1=0

Articulação

ATENÇÃO:

**ESSE QUESTIONÁRIO DEVE SER DEVOLVIDO NO PRAZO
MÁXIMO DE DUAS SEMANAS DIRETAMENTE PARA:**

**Prof^ª MARIA INES BAPTISTELLA NEMES-EQUIPE QUALIAIDS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA-FMUSP
AV. DR ARNALDO, 455 - 2^º ANDAR
CERQUEIRA CÉSAR
SÃO PAULO/SP
CEP: 01246-903**

**ANEXO 6: Médias alcançadas pelos serviços nas variáveis pontuadas,
desvio padrão e coeficiente de variação.**

Médias alcançadas pelos serviços nas variáveis pontuadas, desvio padrão e coeficiente de variação.

QUESTÕES	N válido	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	Coeficiente de Variação (%)
QUE10E11	298	1,359	0,762	0	2,000	2	56,09
QUE12	317	0,662	0,943	0	0,000	2	142,32
QUE13	321	1,324	0,676	0	1,000	2	51,07
QUE14	316	1,472	0,554	0	1,500	2	37,66
QUE16	322	1,304	0,627	0	1,000	2	48,07
QUE17	299	0,826	0,974	0	0,000	2	117,96
QUE18	322	1,795	0,475	0	2,000	2	26,47
QUE19ENF	319	1,122	0,683	0	1,000	2	60,84
QUE19PSC	319	1,107	0,736	0	1,000	2	66,53
QUE19DEN	316	0,731	0,735	0	1,000	2	100,54
QUE19FAR	319	0,934	0,623	0	1,000	2	66,74
QUE19ASS	320	1,147	0,667	0	1,000	2	58,19
QUE19AUE	320	1,316	0,670	0	1,000	2	50,91
QUE19AUA	319	0,984	0,791	0	1,000	2	80,35
QUE20	309	0,861	0,812	0	1,000	2	94,31
QUE21	319	1,605	0,797	0	2,000	2	49,69
QUE22	319	1,122	0,840	0	1,000	2	74,82
QUE23	320	0,938	0,941	0	1,000	2	100,42
QUE24	310	0,548	0,748	0	0,000	2	136,36
QUE25	321	1,832	0,436	0	2,000	2	23,82
QUE26	302	1,818	0,499	0	2,000	2	27,46
QUE27	314	0,987	0,112	0	1,000	1	11,38
QUE28	299	1,398	0,919	0	2,000	2	65,73
QUE29	321	1,293	0,856	0	2,000	2	66,21
QUE30	322	1,519	0,741	0	2,000	2	48,81
QUE31	114	1,211	0,671	0	1,000	2	55,47
QUE32	322	1,857	0,516	0	2,000	2	27,78
QUE33	321	1,642	0,536	0	2,000	2	32,62
QUE34	320	0,691	0,722	0	1,000	2	104,57
QUE35	319	0,746	0,866	0	0,000	2	116,06
QUE36	322	0,224	0,574	0	0,000	2	256,87
QUE37	320	0,572	0,812	0	0,000	2	141,99
QUE38	322	1,248	0,757	0	1,000	2	60,66
QUE39	322	0,640	0,934	0	0,000	2	146,04
QUE40	321	1,754	0,641	0	2,000	2	36,56
QUE41	322	0,730	0,625	0	1,000	2	85,67
QUE42	322	1,177	0,708	0	1,000	2	60,15
QUE43	318	0,632	0,732	0	0,000	2	115,84
QUE44	312	1,378	0,824	0	2,000	2	59,82
QUE45	319	1,373	0,651	0	1,000	2	47,38
QUE46	321	0,953	1,000	0	0,000	2	104,95
QUE47	322	1,463	0,688	0	2,000	2	47,05
QUE48	317	1,685	0,730	0	2,000	2	43,34
QUE49	322	1,882	0,472	0	2,000	2	25,08

QUE50	319	1,172	0,987	0	2,000	2	84,15
QUE51	322	0,780	0,635	0	1,000	2	81,43
QUE52	229	0,585	0,912	0	0,000	2	155,84
QUE53	322	1,273	0,601	0	1,000	2	47,20
QUE54	321	1,636	0,703	0	2,000	2	43,01
QUE55	233	1,395	0,700	0	2,000	2	50,18
QUE56	233	0,601	0,919	0	0,000	2	152,93
QUE57	312	1,090	0,751	0	1,000	2	68,93
QUE58	319	1,342	0,941	0	2,000	2	70,16
QUE59	293	0,867	0,798	0	1,000	2	92,02
QUE60	322	1,733	0,681	0	2,000	2	39,32
QUE61	317	0,215	0,620	0	0,000	2	288,96
QUE62	321	1,436	0,718	0	2,000	2	49,99
QUE63	283	0,795	0,763	0	1,000	2	95,95
QUE64	251	1,100	0,816	0	1,000	2	74,22
QUE65	321	0,872	0,908	0	1,000	2	104,08
QUE66	249	0,667	0,733	0	1,000	2	109,99
QUE67	266	1,015	0,791	0	1,000	2	77,96
QUE68	247	0,854	0,735	0	1,000	2	85,99
QUE69	304	1,546	0,499	1	2,000	2	32,26
QUE70	302	0,417	0,814	0	0,000	2	195,10
QUE71	322	1,286	0,835	0	2,000	2	64,93
QUE72	319	1,511	0,722	0	2,000	2	47,78
QUE73	318	1,821	0,473	0	2,000	2	25,95
QUE74	299	1,666	0,748	0	2,000	2	44,89
QUE75	322	1,134	0,788	0	1,000	2	69,51
QUE76	42	1,714	0,708	0	2,000	2	41,32
QUE77	321	0,838	0,778	0	1,000	2	92,81
QUE78	316	1,215	0,665	0	1,000	2	54,74
QUE79A	319	1,749	0,555	0	2,000	2	31,73
QUE79B	305	0,777	0,792	0	1,000	2	101,96
QUE80A	314	1,541	0,823	0	2,000	2	53,39
QUE80B	283	0,583	0,778	0	0,000	2	133,48
QUE81	314	1,481	0,698	0	2,000	2	47,12
QUE82	314	1,191	0,768	0	1,000	2	64,47
QUE83A	317	1,603	0,750	0	2,000	2	46,82
QUE83B	306	1,196	0,826	0	1,000	2	69,08
QUE85	320	1,675	0,739	0	2,000	2	44,12
QUE86	318	1,406	0,838	0	2,000	2	59,62
QUE87	321	1,396	0,634	0	1,000	2	45,45
QUE88	320	1,000	1,002	0	1,000	2	100,16
QUE89	322	1,202	0,636	0	1,000	2	52,93
QUE90	322	0,435	0,780	0	0,000	2	179,32
QUE91	320	0,475	0,815	0	0,000	2	171,54
QUE92	309	0,735	0,842	0	0,000	2	114,58
QUE93	320	1,303	0,738	0	1,000	2	56,61
QUE94	259	0,992	0,787	0	1,000	2	79,36
QUE95	256	1,387	0,804	0	2,000	2	57,96
QUE96	321	0,495	0,783	0	0,000	2	158,10
QUE97	259	1,510	0,712	0	2,000	2	47,15

QUE98	244	1,529	0,569	0	2,000	2	37,25
QUE99	317	0,379	0,748	0	0,000	2	197,47
QUE100	315	0,800	0,955	0	0,000	2	119,38
QUE101	319	0,997	1,002	0	0,000	2	100,47
QUE102	322	0,941	0,879	0	1,000	2	93,40
QUE103	322	0,733	0,850	0	0,000	2	115,93
QUE105	322	1,189	0,605	0	1,000	2	50,88
QUE106	322	0,635	0,860	0	0,000	2	135,37
QUE107	322	1,415	0,661	0	2,000	2	46,71
QUE108	322	1,311	0,925	0	2,000	2	70,57
QUE109	322	0,681	0,948	0	0,000	2	139,19
QUE110	322	1,302	0,953	0	2,000	2	73,25