

Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil

Evaluation of the organizational structure of HIV/AIDS outpatient care in Brazil

Regina Melchior^a, Maria Ines Battistella Nemes^b, Cáritas Relva Basso^b, Elen Rose Lodeiro Castanheira^c, Maria Teresa Soares de Britto e Alves^d, Cássia Maria Buchalla^e, Angela Aparecida Doninif e Equipe QualiAids^b

^aDepartamento de Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil.

^bDepartamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. ^cDepartamento de Saúde Pública. Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil. ^dDepartamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

^eDepartamento de Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública USP. São Paulo, SP, Brasil. ^fPrograma Nacional de DST/Aids. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

Descritores

Avaliação de programas de saúde, Aids. Tratamento, quimioterapia ou agentes anti-HIV, provisão & distribuição. Qualidade dos cuidados em saúde.

Resumo

Objetivo

No contexto de acesso universal à terapia antiretroviral, os resultados do Programa de Aids dependem da qualidade do cuidado prestado. O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade do cuidado dos serviços ambulatoriais que assistem pacientes de Aids.

Métodos

Estudo realizado em sete Estados brasileiros, em 2001 e 2002. Foi avaliada a qualidade do atendimento a pacientes com Aids quanto à disponibilidade de recursos e a organização do trabalho de assistência. Um questionário com 112 questões estruturadas abordando esses aspectos, foi enviado a 336 serviços.

Resultados

A taxa de resposta foi de 95,8% (322). Os indicadores de disponibilidade de recursos mostram uma adequação maior do que os indicadores de organização do trabalho. Não faltam antiretrovirais em 95,5% dos serviços, os exames de CD4 e Carga Viral estão disponíveis em quantidade adequada em 59 e 41% dos serviços, respectivamente. Em 90,4% dos serviços há pelo menos um profissional não médico (psicólogo, enfermeiro ou assistente social). Quanto à organização, 80% não agendavam consulta médica com hora marcada; 40,4% agendavam mais que 10 consultas médicas por período; 17% não possuíam gerentes exclusivos na assistência e 68,6% não realizavam reuniões sistemáticas de trabalho com a equipe.

Conclusões

Os resultados apontam que além de garantir a distribuição mais homogênea de recursos, o programa precisa investir no treinamento e disseminação do manejo do cuidado, conforme evidenciado nos resultados da organização de trabalho.

Keywords

Health programs evaluation, AIDS. Drug therapy or anti-HIV agents, supply & provision. Quality of health care.

Abstract

Objective

In the context of universal access to antiretroviral treatment, the results of the Brazilian

Correspondência/ Correspondence:
Regina Melchior
Rua Comandante Carlos Alberto, 71
86039-150 Londrina, PR, Brasil
E-mail: reginamelchior@sercomtel.com.br ou
reginamelchior@uel.br

Realizado no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Financiado pelo Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids (Processo n. 914/BRA/59 - Unesco/Contrato n. 092/00) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP - Processo n. 99/11141-5). Baseado em tese de doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da USP, em 2003. Recebido em 9/6/2004. Reapresentado em 18/5/2005. Aprovado em 6/9/2005.

AIDS Program will depend on the quality of the care provided. The aim of the present study was to evaluate the healthcare provided by outpatient services for the treatment of AIDS patients.

Methods

The present study was carried out in seven Brazilian States between 2001 and 2002. We evaluated the quality of the care provided to AIDS patients from the standpoint of resource availability and care process organization. A questionnaire comprising 112 structured questions addressing these aspects was sent to 336 services.

Results

Response rate was 95.8% (322). Greater adequacy is seen for indicators of resource availability than for those of work organization. The supply of antiretroviral medication is sufficient in 95.5% of services. CD4 and viral load tests are available at adequate amounts in 59 and 41% of services, respectively. In 90.4% of services there is at least one non-medical professional (psychologist, nurse, or social worker). As to work organization, 80% scheduled the date but not the time of medical appointments; 40.4% scheduled more than 10 appointments per period; 17% did not have exclusive managers; and 68.6% did not hold systematic staff meetings.

Conclusions

The results indicate that, in addition to ensuring the more homogeneous distribution of resources, the program must invest in the training and dissemination of care management skills, as confirmed by the results of care process organization.

INTRODUÇÃO

A qualidade da assistência é um importante determinante do sucesso de programas dirigidos a doenças crônicas, como a Aids.¹¹ Além do impacto na mortalidade e na qualidade de vida dos pacientes, a assistência bem conduzida pode contribuir para o controle da epidemia.¹³

No Brasil, a interiorização da epidemia de Aids,²³ verificada nos anos 90, provocou rápida expansão dos serviços de assistência, cujo número cresceu de 33 em 1996 para 540 em 2001. A situação institucional desses serviços é bastante variável. Há serviços agregados a Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios estaduais em grandes hospitais, serviços especializados, municipais, estaduais ou universitários, exclusivamente dedicados à assistência à Aids, entre outros.

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids), produz normas gerais para os serviços e é responsável pela provisão de suprimentos estratégicos, como anti-retrovirais e testes de carga viral e de contagem de linfócitos CD4. Exceto por esses recursos, a estrutura dos serviços depende das características regionais/locais do programa e do sistema de saúde.

A presente pesquisa teve por objetivo avaliar a qualidade dos serviços que prestam assistência a pes-

soas vivendo com HIV/Aids, de acordo com a disponibilidade de recursos e as características da organização da assistência.

MÉTODOS

Os sete Estados participantes (Ceará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo) foram escolhidos pela equipe técnica do PN-DST/Aids, por representarem diferentes situações epidemiológicas e institucionais. Todos os serviços públicos desses Estados foram incluídos no estudo, em um total de 336 (63% do total de serviços brasileiros) que, em 2001, acompanhavam 92.400 pacientes em terapia anti-retroviral (72% dos pacientes no Brasil).

O estudo baseou-se no pressuposto que a assistência ambulatorial no Programa de Aids é integrada às suas demais ações de assistência e prevenção, e como tal deve ser complexa, multiprofissional e organizada segundo as prioridades clínicas, epidemiológicas e éticas que fundamentam o Programa.* O segundo pressuposto é que, a despeito das diferenças regionais e institucionais entre os serviços, todos devem ter características de estrutura e processo necessárias para um grau aceitável de qualidade.

Os indicadores de estrutura (disponibilidade de recursos) basearam-se em opinião de especialistas, no consenso brasileiro sobre terapia anti-retroviral

*Nemes MIB. Avaliação em saúde: questões para o Programa de DST/Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA)/ Fundamentos de Avaliação; n° 1. 2001

(TARV)* e em normas para recursos humanos do programa.** Os indicadores de processo (organização e gerenciamento da assistência) basearam-se em dois estudos anteriores: uma análise qualitativa em profundidade do perfil da assistência em cinco serviços*** e em grupos focais com pacientes e com médicos.¹⁰ A literatura forneceu subsídios para os dois conjuntos de indicadores.^{1,3, 14,18,20,****}

Os parâmetros utilizados para avaliar a disponibilidade de recursos foram: acesso, profissionais, apoio para diagnóstico e tratamento e medicamentos.

Para caracterizar a organização da assistência foram avaliadas as seguintes rotinas: recepção de pacientes novos, pacientes em seguimento, atendimento às mulheres, e aquelas dirigidas a pacientes sob maior risco de não adesão/abandono (pacientes em início do tratamento, com dificuldades em aderir ao tratamento, faltosos e não agendados). O gerenciamento da assistência foi avaliado segundo o perfil do gerente, as rotinas de planejamento e avaliação e de integração do trabalho multiprofissional.

Optou-se por utilizar expressões qualitativas como forma de traduzir cada indicador de modo a diminuir a interferência do tamanho e da complexidade do serviço. Sempre que possível, calcularam-se taxas de recursos disponíveis segundo o número de pacientes, como, por exemplo, número de contagem de linfócitos disponíveis por paciente/ano. Quando não possível, o recurso foi avaliado apenas qualitativamente, por exemplo, disponibilidade de pelo menos um enfermeiro na equipe. Recursos usualmente disponíveis apenas em unidades mais complexas foram avaliados segundo sua disponibilidade geral, independentemente do acesso se dar no próprio serviço ou em um serviço referenciado.

Como instrumento de coleta de dados, um questionário estruturado enviado por correio aos responsáveis pelos serviços foi construído em etapas progressivas de discussão e consenso entre a equipe da pesquisa e *experts* do Programa.^{6,12,19}

Um questionário piloto foi respondido e comentado por uma amostra de 46 serviços de vários Estados. A análise das respostas serviu como base para o questionário final, composto de 112 questões de múltipla

escolha que descrevem as características institucionais dos serviços (seis questões), a disponibilidade de recursos (30), todas as etapas do processo de assistência e as atividades de gerenciamento (76).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e todos os gerentes dos serviços participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

O questionário foi respondido por 322 serviços (95,8%). O número de pacientes em seguimento variou de três a 5.000: 50% dos serviços acompanham até 100 pacientes, 37% de 100 a 500 e 13% mais de 500. A maioria está inserida em unidades não exclusivas para Aids (86,34%).

Estão localizados no Estado de São Paulo 52,8% dos serviços avaliados, 29,8% no Rio de Janeiro e 18% nos demais Estados. A maioria está localizada em cidades com menos de 400 mil habitantes (66,0%).

As perdas ocorreram nos Estados de São Paulo (1 serviço), Rio de Janeiro (4) e Rio Grande do Sul (11). As características institucionais dos serviços não avaliados no Rio Grande do Sul não diferem, no geral, daquelas das unidades estudadas.

Disponibilidade de recursos

Em relação à acessibilidade física, 93,8% consideram o serviço como de fácil acesso por transporte coletivo e em 82,6% a planta física não possui barreiras que dificultem a circulação interna. A maioria dos serviços (73%) está aberta por cinco dias ou mais, porém, ao considerar o período diário, 40% funciona seis ou menos horas por dia. Em relação ao agendamento, seguem majoritariamente a tradição dos serviços públicos, agendando todos os pacientes para o início do período.

Existe pelo menos um médico infectologista em 74% dos serviços. Em 39% deles, todos os médicos têm mais de cinco anos de experiência em Aids, em 9% todos têm menos que cinco anos.

A presença de outros profissionais na composição

*Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Consenso sobre terapia antiretroviral para adultos e adolescentes infectados pelo HIV [on-line]. Brasília (DF): 2002/2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br> [Jan 2003]

**Brasil. Ministério da Saúde. Alternativas assistenciais à Aids no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviço de Assistência Especializada. Anexo II - O perfil dos SAE. Disponível em: http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_anexo2.htm [2003 fev 23]

***Castanheira ERL, Capozzolo AA, Nemes MIB. Características tecnológicas do processo de trabalho em serviços de saúde selecionados. In: Nemes MIB, organizador. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à Aids no Estado de São Paulo: Coordenação Nacional DST/Aids, Ministério da Saúde, Série Avaliação No 1, Brasília (DF): 2000.

****Castanheira, ERL, Tunala L, Donini AA, Oliveira S, Silva ER, Alves MT et al. A experiência do grupo focal na Avaliação da Qualidade dos Serviços Ambulatoriais de Assistência a pacientes com HIV/aids. In: I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids, 2000, Rio de Janeiro. Anais Fórum 2000. 2000. p. 110.

Tabela 1 - Proporção de serviços segundo disponibilidade de recursos. Brasil, 2001.

Recursos	%
Profissionais presentes na equipe local (além do médico)	
Assistente social	83,5
Enfermeiro	81,2
Psicólogo	77,0
Farmacêutico	76,4
Dentista	54,9
Acesso a especialidades médicas (local ou referenciado)	
Pneumologista	87,9
Neurologista	90,1
Oftalmologista	94,4
Cirurgião geral	91,0
Acesso a exames de apoio diagnóstico e terapêutico	
Contagem de linfócitos T-CD4/T-CD8	98,0
RNA-HIV (Carga viral)	95,0
Exames laboratoriais simples (Hemograma, fosfatase alcalina, triglicérides) (média do conjunto)	97,3
Exames laboratoriais complexos (Urocultura e sorologias Hepatite B,C e citomegalovírus) (média do conjunto)	87,3
Raio X simples (tórax, seios da face e abdome) (média do conjunto)	96,1
Exames de imagem complexos (Endoscopia digestiva alta, tomografia, colonoscopia) (média do conjunto)	75,2

da equipe local é acima de 76%, exceto pelo dentista (Tabela 1). Em 90,4% dos serviços há pelo menos um profissional não médico.

A maioria dos profissionais não é exclusivamente dedicada à assistência em Aids. São exclusivos 42,3% dos psicólogos, 36,6% dos enfermeiros, 36,4% dos assistentes sociais, 30,5% dos dentistas e 21,1% dos farmacêuticos.

A contagem de CD4/CD8 e de carga viral estão disponíveis na maioria dos serviços (Tabela 1), entretanto 41% não realizam a contagem de CD4/CD8 e 59% a de carga viral na quantidade por paciente/ano preconizada pelo Consenso Brasileiro de TARV.*

Exames laboratoriais e de imagem simples apresentam no conjunto uma disponibilidade maior de 90%. Já os exames de imagem mais sofisticados apresentam disponibilidade média menor (Tabela 1).

O acesso a especialidades médicas se faz, para a grande maioria, mediante encaminhamento externo, em geral para os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Isto implica, por vezes, tempo imprevisível de espera para algumas especialidades. Como exemplo, em 21,7% dos serviços há espera para oncologia, 16,8% para proctologia e 15,8% para cirurgia geral. Para uma pequena proporção dos serviços há especialidades indisponíveis, mesmo com referência externa (Tabela 1).

A disponibilidade de medicamento é alta e homogênea entre os serviços que relataram usar rotineiramente os vários antiretrovirais (Tabela 2). Alguns serviços relataram não utilizar as drogas estavudina 30 mg, saquinavir, ritonavir, nevirapina e efavirenz, o que aconteceu em maior proporção para os serviços com menos de 100 pacientes.

A disponibilidade dos medicamentos para profilaxia/tratamento de doenças oportunistas e infecções em geral é, em média, muito menor (Tabela 2). Apenas o sulfametoxazol-trimetropim, utilizado para profilaxia primária, mostra disponibilidade de maior, mas ainda menor que a média da disponibilidade dos antiretrovirais. Em relação aos medicamentos para profilaxia secundária (fluconazol, pirimetamina e sulfadiazina) houve serviços que relataram não utilização. Também nesse caso, a não utilização guarda relação com os serviços com número menor de pacientes.

Organização da assistência

A Tabela 3 mostra alguns indicadores da organização dos serviços. A atividade de acolhimento e recepção dos casos novos é comum entre vários profissionais de nível universitário, sendo realizada por enfermeiros em 52% dos serviços, assistentes sociais em 48% e psicólogos em 42%.

As atividades mais relatadas dos auxiliares de enfermagem são a verificação de sinais vitais e orientação para coleta de exames (67%). Ações como orientação sobre o uso da medicação foram relatadas como atividade dos auxiliares por 48% dos serviços.

Quanto ao tipo de encaminhamento interno entre os membros da equipe, 51% relataram ser mútuo o encaminhamento entre os profissionais, ou seja, todos encaminham para todos.

Raros serviços afirmaram utilizar protocolos (Tabela 3). Assim, entre aqueles que responderam positivamente sobre a existência de qualquer tipo de protocolos devem estar os que se referiram à adoção consensual de regras muito genéricas de padronização

*Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Consenso sobre terapia antiretroviral para adultos e adolescentes infectados pelo HIV [on-line]. Brasília (DF): 2002/2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br> [jan 2003]

Tabela 2 - Proporção de serviços segundo provisão de medicamentos antiretrovirais e para profilaxia/tratamento de doenças oportunistas.* Brasil, 2001.

Medicamentos	Serviços com provisão sem falhas %	Serviços com falhas na provisão >15 dias %	Serviços c/ medicação não disponível ou não utilizada %
Anti-retrovirais			
Didanosina/ 100	95,8	1,6	2,6
Efavirez	84,0	8,5	7,5
Estavudina/ 30	76,3	5,3	18,4
Estavudina/ 40	91,3	1,9	6,8
Indinavir	91,4	4,8	3,8
Lamivudina	98,0	1,0	2,8
Nelfinavir	90,0	4,5	5,5
Nevirapina	84,5	5,5	10,0
Ritonavir	79,0	8,4	12,6
Saquinavir	81,6	2,0	16,4
Zidovudina/ cpv	97,7	1,3	1,0
Zidovudina/ susp.	79,0	2,0	19,0
Controle de infecções oportunistas			
Azitromicina	47,1	15,9	37,0
Ampicilina	60,9	14,7	24,4
Amoxicilina	42,0	25,6	32,4
Sulfadiazina	57,2	21,4	21,4
Sulfametoxazol-trimetoprima	80,4	14,2	5,4
Fluconazol	58,9	23,4	17,7
Pirimetamina	46,4	23,6	30,0

*As informações se referem aos seis meses anteriores à pesquisa

de condutas ou até mesmo à adoção do consenso para o uso da terapia anti-retroviral.

As mulheres são agendadas de rotina para o ginecologista, mesmo na ausência de queixas, em 37% dos serviços (Tabela 3).

Questionados sobre a conduta habitual frente à manifestação do desejo dos pacientes em ter filhos, 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.

Não possuem uma rotina diferenciada de retorno para pacientes que iniciam a TARV 32% dos serviços. Para 22,7% o retorno é de sete dias e para 35,4% é de 15 dias após a introdução da terapia.

A maioria das ações adotadas quando o paciente en-

frenta dificuldades com seu esquema terapêutico são atividades do médico (87,9%), como retorno para consulta em intervalos menores. Relataram encaminhar pacientes com problemas de adesão para os demais profissionais de nível universitário 49,4% dos serviços. Grupos de adesão foram reportados por 18,3%.

Sobre a convocação de faltosos, 65% dos serviços relatam fazê-la com vários critérios: 39% a fazem para pacientes em uso de ARV, 37% para pacientes mais graves, 35% quando caracterizado abandono e 39% quando há alteração em exames.

Para 56% dos serviços, a demanda que mais ocasiona atendimentos não agendados é daqueles que faltaram às consultas agendadas. Têm algum mecanismo para garantir este atendimento 46%, enquanto 17,4% relataram atender estes pacientes apenas quando ocorrem vagas nas agendas. Por outro lado, 38% dos serviços responderam, como única respos-

Tabela 3 - Proporção de serviços segundo tipo de rotina para recepção de pacientes novos e em seguimento. Brasil, 2001.

Rotinas realizadas	% serviços
Aconselhamento pré-teste	93,5
Aconselhamento pós-teste	96,3
Atendimento no 1º dia de procura ao serviço	74,0
Consulta médica no 1º dia de procura do serviço	20,8
Redução no tempo de retorno no início de tratamento ARV	58,1
Agendamento de consulta com hora marcada	20,0
Atendimento anterior à consulta médica	53,4
Agendamento <10 consultas /médico/período de 4h	59,6
Média ³ 45 min para consulta médica de casos novos	46,3
Média ³30 min para consulta médica de seguimento	47,4
Pré-estabelecimento de número de casos novos/dia/médico	32,2
Protocolo para o primeiro atendimento no serviço	34,8
Protocolo para a 1ª consulta médica	44,4
Protocolo para retornos de consulta médica	20,5
Protocolo de atendimento para outros profissionais	18,9
Agendamento de retorno sempre com o mesmo médico	86,3
Agendamento de rotina para ginecologista	37,0
Convocação de faltosos	65,0

Tabela 4 - Proporção de serviços segundo indicadores de Gerência. Brasil, 2001.

Atividades gerenciais	% serviços
Realizam Planejamento	59,8
Realizam Avaliação sistemática	25,5
Controle de saídas de pacientes (óbitos, abandonos, etc)	24,0
Controle de faltas de pacientes em consultas	25,0
Reuniões sistemáticas da equipe técnica	31,4

ta, que atendem o paciente independente de haver vaga na agenda.

Questionou-se ainda quais atividades são realizadas na consulta de pacientes não agendados. As de avaliação clínica e restabelecimento de tratamento foram relatados pela maioria dos serviços (94%, avaliação de queixas; 74% pedidos de exames e 85%, fornecimento de receita). As ações de re-inserção do paciente ao seguimento de rotina têm proporções menores: 71% realizam reavaliação do uso de ARV, 42% verificação de faltas anteriores à consulta e 57% identificação das dificuldades em comparecer ao dia agendado.

Em 17% dos serviços não existe um responsável direto pela coordenação da assistência. Em 33% a coordenação é exercida por um gerente geral do serviço, em 22,7% pela Coordenação Municipal do Programa.

Realizam exclusivamente atividades gerenciais 11% dos gerentes, 23% dedicam mais tempo à atividade de assistência do que de gerência e 31% as realizam ao mesmo tempo ou na mesma proporção. Estão na função gerencial há menos de três anos 33% dos gerentes e, 33,5% do total de coordenadores afirmam não ter nenhuma formação gerencial.

Negaram realizar qualquer tipo de planejamento 20% dos serviços e 20,2% afirmaram apenas reiterar planos anteriores quando questionados sobre planejamento (Tabela 4).

Em relação às ações de avaliação, as proporções são semelhantes: 28% dos serviços não realizam nenhuma atividade de avaliação e 34% afirmam realizar esporadicamente quando necessário.

As informações registradas rotineiramente com mais frequência são o número de consultas médicas (82%) e número de pacientes inscritos (72%). Registram sistematicamente faltas às consultas médicas de seguimento 25% dos serviços. Apenas 24% afirmaram que há controle sistemático das saídas de

pacientes do serviço (por óbitos, abandonos ou transferências).

Dos 31,4% dos serviços que realizam reuniões periódicas de equipe em apenas 67,0% há participação dos médicos.

DISCUSSÃO

O Programa Brasileiro de DST/Aids conta com uma rede de serviços ambulatoriais com características institucionais e de infra-estrutura heterogêneas.

Apesar da heterogeneidade, a grande maioria dos serviços conta com uma quantidade mínima dos recursos básicos para manter alguma oferta de assistência: médicos, auxiliares, medicamentos anti-retrovirais e exames essenciais em unidades com bom acesso físico.

Pode-se considerar como positiva a presença de pelo menos um especialista em infectologia na maioria dos serviços, bem como o tempo de experiência dos médicos no tratamento da Aids, com a maioria das equipes contando com pelo menos um médico com mais de cinco anos de experiência. A especialização do serviço^{4,14} e a experiência clínica^{9,22} têm sido enfatizadas como importantes atributos da qualidade do cuidado médico desde o início da epidemia.

Essas afirmações positivas sobre os recursos médicos devem ser, porém, vistas com cuidado. Por exemplo, pode-se supor que o tempo dedicado à consulta médica para casos novos e para seguimento é muito pequeno em muitos serviços, já que 19,2% deles agendam 16 ou mais consultas por período. É possível que para parte dos serviços o problema principal seja o número insuficiente de médicos, o que obriga a redução do tempo das consultas ao mínimo necessário para suprir a demanda. Entretanto, outra explicação possível é que, mesmo com um número adequado de horas-médico, o serviço conte com profissionais cujo tempo de consulta é usualmente muito pequeno. Isso pode indicar a presença de um padrão de atendimento esvaziado de conteúdo técnico e com baixa capacidade de escuta e diálogo.*

O papel dos demais profissionais da equipe no cuidado ao paciente tem sido enfatizado fortemente desde o início do Programa de Aids.*Há disponibilidade de pelo menos um profissional não médico na maioria dos serviços. Entretanto, é preocupante que quase metade dos serviços relate que o acesso a

*Castanheira ERL, Capozzolo AA, Nemes MIB. Características tecnológicas do processo de trabalho em serviços de saúde selecionados. In: Nemes MIB, organizador. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatorios do sistema público de assistência à Aids no Estado de São Paulo: Coordenação Nacional DST/Aids, Ministério da Saúde, Série Avaliação No 1, Brasília (DF); 2000.

**Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Serviço de Assistência Especializada - SAE. (Documento técnico não publicado)

esses profissionais se dá apenas por encaminhamento do médico. A rotina de encaminhamento mútuo, relatado por pouco mais de metade dos serviços, facilita o acesso dos pacientes. Além disso, possibilita a integração entre os profissionais da equipe, em contraposição à rotina mais tradicional de delegar apenas ao médico a identificação de necessidades de encaminhamento.

Os auxiliares de enfermagem têm papel limitado com sub-aproveitamento de seu potencial de trabalho, conforme já apontado em estudo* anterior. Auxiliares treinados podem lidar com questões específicas em HIV/Aids como adesão ao tratamento e nutrição, entre outros, com conteúdos e linguagem próprios. No entanto, apenas metade dos serviços possui atividade de pré-consulta, e os auxiliares de enfermagem, profissionais tradicionalmente encarregados dessa atividade, majoritariamente executam apenas ações genéricas, que coleta de sinais vitais, que auxiliam a consulta.

A disponibilidade de medicamentos ARV é alta e homogênea. A não utilização de alguns ARV em pequena proporção de serviços ocorre predominantemente naqueles com número pequeno de pacientes, onde é provável a inexistência de usuários portadores de imunodeficiência mais grave.

A alta disponibilidade de ARV contrasta com os grandes problemas de provisão dos outros medicamentos. Segundo a política de distribuição de medicamentos, cabe à esfera federal a compra dos ARV e às esferas municipal/estadual a compra dos demais.** O compromisso de manter o acesso universal à terapia ARV, que tem diferenciado positivamente a luta contra a Aids no Brasil, parece pesar muito nesta situação. Já a provisão de outros medicamentos, bem como dos demais recursos que dependem do sistema de saúde é diluída no conjunto das necessidades de saúde locais e atendidas segundo estruturas e compromissos heterogêneos.

A provisão de medicamentos não-antiretrovirais parece exemplar desta situação. Embora a não disponibilidade de drogas para profilaxia secundária nos serviços pequenos possa em parte ser explicada, pela provável ausência de pacientes graves, a falta desses e de outros medicamentos para infecções em geral ocorrem em médias muito mais altas.

A disponibilidade de exames laboratoriais segue o

mesmo padrão dos medicamentos: exames mais simples, nos quais os serviços são mais independentes, a disponibilidade é maior, outros, mais dependentes da rede de referência do SUS, possuem disponibilidade menor.

Os marcadores mais importantes para condução do tratamento, (CD4/CD8, carga viral), são disponíveis na quase totalidade dos serviços, embora, sem atingir o número preconizado por paciente/ano. Tal ocorrência pode dever-se ao número ainda insuficiente de cotas, que são definidas a partir do número de pacientes em uso de ARV acrescido do número estimado de casos de infectados pelo HIV que não tem ainda indicação para o uso da terapia anti-retroviral. Além disso, também por dificuldades na logística de distribuição, coleta, processamento e devolução dos exames; e até pela não solicitação do exame dentro dos intervalos preconizados.

Apesar da maioria dos serviços considerar o acesso físico adequado, grande parte não funciona em período integral. Horários restritos podem constranger o usuário ao, por exemplo, obrigá-lo a justificar saídas mensais do trabalho em horário comercial. O tipo de agendamento predominante, todos pacientes no início do horário, agrava essa inadequação.

Alvo de grande investimento de parte do Programa, o aconselhamento pré/pós-teste alcança altos índices de realização. Amplamente divulgada, a implantação do aconselhamento teve grande aporte de recursos para treinamento, elaboração e divulgação de publicações.***.**** Sua incorporação ocorreu articuladamente à política de detecção precoce do HIV, por meio da implantação dos Centros de Testagem e Aconselhamento.

A questão da adesão, alvo da crítica internacional à política brasileira de acesso universal ao tratamento, ganhou maior destaque na pauta de investimentos do Programa a partir da implantação da terapia de alta potência.⁵

A adesão exige articulação de várias tecnologias.¹⁰ O oferecimento de grupos de discussão da adesão, muito incentivado pelo Programa é uma tecnologia interessante,² embora utilizada de maneira complementar e sem cobertura factível para todos os pacientes. Sua incorporação efetiva no processo de trabalho implica mudanças mais abrangentes que devem ser

*Castanheira ERL, Capozzolo AA, Nemes MIB. Características tecnológicas do processo de trabalho em serviços de saúde selecionados. In: Nemes MIB, organizador. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à Aids no Estado de São Paulo: Coordenação Nacional DST/Aids, Ministério da Saúde, Série Avaliação No 1, Brasília (DF): 2000.

**Deliberação CIB nº 107/2002.

***Brasil. Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília (DF): Coordenação Nacional de DST e Aids: 1997.

****Capozzolo AA, Castanheira ERL, Nemes MIB. Antiretroviral adherence in São Paulo, Brazil: a qualitative analysis of medical care. In: Proceedings of the 13th International AIDS Conference: 2000 July 9-14; Durban (SA). Durban: 2000.

orientadas pelas evidências já estabelecidas na literatura e na experiência brasileira.

Estudos realizados em São Paulo mostraram a importância crítica do início do tratamento para a adesão.*** Abreviar o intervalo das consultas no início do tratamento, para além da óbvia necessidade clínica, é um importante mecanismo para detectar e lidar com problemas de adesão.

O grupo de pacientes faltosos ao seguimento tem maior risco de não adesão: estudo realizado em 2003 com pacientes dos mesmos serviços participantes da presente pesquisa mostrou que a falta nas consultas é um preditor da não adesão,¹⁶ reiterando o efeito já encontrado em estudo anterior*** realizado em São Paulo. Também por esta razão, a adequação e prontidão do atendimento ao paciente não agendado que faltou ao seguimento de rotina são tão importantes. Os resultados indicaram que o atendimento dos extras pouco investiga os motivos da procura do paciente na maioria dos serviços. Restringindo-se ao clássico pronto-atendimento centrado na demanda espontânea principal do paciente,¹⁵ o atendimento do caso “extra” mostra-se mais como uma alternativa assistencial tecnologicamente empobrecida do que uma atividade prioritária de re-contato com pacientes sob risco.

A maior demanda identificada para o atendimento de extras foi justamente a de faltosos, em busca de receitas e medicamentos, o que reflete a inadequação do atendimento de rotina e a escassez na oferta de diferentes “portas de entrada” para o serviço. A reorganização do trabalho pode devolver ao pronto atendimento seu mais importante papel que é o da assistência a urgências e intercorrências clínicas.****

É atividade típica da gerência a manutenção de fluxogramas e rotinas de trabalho que garantam condições para adequada abordagem dos pacientes, especialmente aqueles sob risco. Tão importante quanto a formação técnica dos profissionais, o adequado gerenciamento técnico do trabalho contribui para potencializar a efetividade das abordagens específicas dos vários profissionais e melhorar a comunicação entre a equipe.⁷ Do mesmo modo, o monitoramento dos processos e resultados do trabalho instrumentaliza intervenções gerenciais no sentido de tornar as ações mais efetivas, integradas e coerentes com os compromissos técnicos e éticos assumidos pelo Programa.

Lamentavelmente as características de gerência aqui avaliadas foram as que tiveram menores proporções de indicadores positivos.

Parte dos serviços não tem sequer gerentes formais, os existentes dedicam poucas horas à atividade de gerência e a maioria não tem formação específica para a função.

A deficiência se evidencia pelo desconhecimento de quantos pacientes estão sendo acompanhados. Os mais simples e tradicionais indicadores de avaliação como cobertura e concentração de atividades não podem ser calculados pela ausência de registros. Nessa situação, até mesmo a previsão de recursos materiais, tais como medicamentos ARV e exames de carga viral, é imprecisa.

A política brasileira de acesso universal ao tratamento da Aids tem sido, justamente, aplaudida. Ademais, a assistência aos que vivem com Aids no Brasil fez emergir compromissos éticos e tecnologias exemplares para o sistema de saúde como um todo. Investir no desenvolvimento de uma assistência de boa qualidade mais completa é o grande desafio, como o é para todo sistema público de saúde, representado pelo SUS.

Assim, os formuladores de políticas desempenham papel extremamente importante. Entretanto, é na operacionalização das ações nos serviços que as políticas transformam diretrizes em trabalho, em cujo processo se define a qualidade da assistência prestada. A efetivação positiva desse processo depende do compromisso dos gestores locais.

A presente pesquisa abordou o primeiro nível de análise dos resultados de uma pesquisa que representa a primeira avaliação abrangente da qualidade da assistência em Aids no Brasil.¹⁷ Os resultados de outros níveis de análise estão sendo submetidos à publicação e poderão contribuir para o melhor entendimento dos determinantes da situação. Avançar no estudo da qualidade da assistência exigirá novos e mais abrangentes *approaches* metodológicos.

AGRADECIMENTO

À Mary Franklin Gonçalves, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pelo trabalho de organização e gerenciamento do trabalho de campo.

*Nemes MIB. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatórios 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 (DF): Ministério da Saúde, 2000:17-21.

**Nemes MIB, Melchior R, Jordan MS, Okasaki E, Komatsu CL. Análise qualitativa de entrevistas semi-estruturadas com usuários. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

***Nemes MIB, Marinho MFS, Kalichman A, Granjeiro A, Alencar RS, Lopes JF. Prevalência da aderência e fatores associados. In: Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo. 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids; 2000. p. 65-101.

****Nemes MIB. Avaliação em saúde: questões para o Programa de DST/Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA)/ Fundamentos de Avaliação; n° 1. 2001.

REFERÊNCIAS

1. Acúrcio FA, Cesar CC, Guimarães MDC. Utilização de cuidados de saúde e sobrevivência entre pacientes com Aids em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1998;14(4):811-20.
2. Adão VM, Merighi IM. Grupo de adesão: centro de referência e treinamento DST/AIDS. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E, organizadores. Tá difícil de engolir?: experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids; 2000. p.129-34.
3. Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J, Weber AL. Organization and outcomes of inpatient Aids care. *Med Care* 1999;37(8):760-72.
4. Asch SM, Sa'adah MG, Lopez R, Kokkinis A, Richwald GA, Rhew DC. Comparing quality of care for sexually transmitted diseases in specialized and general clinics. *Public Health Rep* 2002;117(2):157-63.
5. Bastos FI, Kerrigan D, Malta M, Carneiro-da-Cunha C, Strathdee SA. Treatment for HIV/AIDS in Brazil: strengths, challenges, and opportunities for operations research. *AIDScience* [periódico on-line] 2001;1(15). Disponível em URL: <http://www.aids-science.org/Articles/aids-science012.pdf> [2004 mar 30].
6. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Improving the quality of health care: research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003;326(7393):816-9.
7. Castanheira ERL. A gerência na prática programática. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 222-33.
8. Ferreira MPS, Silva CMFP, Gomes MCF, Silva SMB. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA): resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001;6(2):481-90.
9. Hecht FM, Wilson IB, Wu AW, Cook RL, Turner BJ. Optimizing care for persons with HIV infection. *Ann Intern Med* 1999;131(2):136-43.
10. Jordan MS, Lopes JF, Okazaki E, Komatsu CL, Nemes MIB. Aderência ao tratamento anti-retroviral em Aids: revisão de literatura médica. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E, organizadores. Tá difícil de engolir?: experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids; 2000. p. 5-22.
11. Kitahata MM, Tegger MK, Wagner EH, Holmes KK. Comprehensive health care for people infected with HIV in developing countries. *BMJ* 2002;325(7370):954-7.
12. Malin JL, Asch SM, Kerr EA, MacGlynn EA. Evaluating the quality of cancer care: development of cancer quality indicators for a global quality assessment tool. *Cancer* 2000;88(3):701-7.
13. Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian Aids patients. *AIDS* 2003;17(11):1675-82.
14. Markson LE, Turner BJ, Cocroft J, Houchens R, Fanning TR. Clinic services for persons with Aids: experience in a high-prevalence state. *J Gen Intern Med* 1997;12(3):141-9.
15. Nemes MIB. Prática 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; 2000. p. 48-65.
16. Nemes MIB, Carvalho HB, Souza MFM. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *AIDS* 2004;18 Suppl 3:S15-20.
17. Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de Aids: questões para investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004;20(Supl 2):S310-21.
18. Pan American Health Organisation - PAHO. Building blocks: comprehensive care guidelines for persons living with HIV/AIDS in the Americas. Cancun; 2000. p. 1-11.
19. Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. *Int J Qualit Health Care* 2001;13(6):489-96.
20. Shapiro MF, Morton SC, McCaffrey DF, Senterfitt JW, Fleishman JA, Perlman JF, et al. Variations in the care of HIV-infected adults in the United States: results from the HIV cost and services utilization study. *JAMA* 1999;281(24):2305-15.
21. 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 Suppl 1:7-21.
22. Valenti WM. The HIV specialist improves quality of care and outcomes. *AIDS Read* 2002;12(5):202-5.
23. Wilson HS, Hutchinson SA, Holzemer WL. Reconciling incompatibilities: a grounded theory of HIV medication adherence and symptom management. *Qual Health Res* 2002;12(10):1309-22.