



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Battistella Nemes, Maria Ines; Meirelles Dantas Alencar, Tatianna; Relva Basso, Cáritas;
Lodeiro Castanheira, Elen Rose; Melchior, Regina; Seabra Soares de Britto e Alves,
Maria Teresa; Magalhães Caraciolo, Joselita Maria; Altenfelder Santos, Maria
Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids, Brasil: estudo comparativo

2001/2007

Revista de Saúde Pública, vol. 47, núm. 1, febrero, 2013, pp. 137-146

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240204018>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Maria Ines Battistella Nemes^I
Tatianna Meirelles Dantas Alencar^{II}
Cáritas Relva Basso^{I,III}
Elen Rose Lodeiro Castanheira^{IV}
Regina Melchior^V
Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves^{VI}
Joselita Maria Magalhães Caraciolo^{I,III}
Maria Altenfelder Santos^{VII}

Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids, Brasil: estudo comparativo 2001/2007

Assessment of outpatient services for AIDS patients, Brazil: comparative study 2001/2007

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar os serviços do Sistema Único de Saúde brasileiro de assistência ambulatorial a adultos vivendo com aids em 2007 e comparar com a avaliação de 2001.

MÉTODOS: Os 636 serviços cadastrados no Ministério da Saúde em 2007 foram convidados a responder a um questionário previamente validado (Questionário *Qualiaids*) com 107 questões de múltipla escolha sobre a organização da assistência prestada. Analisaram-se as frequências das respostas de 2007 comparando-as com as obtidas em 2001 na forma de variação percentual (VP).

RESULTADOS: Responderam o questionário 504 (79,2%) serviços. Cerca de 100,0% dos respondentes relataram ter pelo menos um médico, suprimento sem falhas de antirretrovirais e de exames CD4 e carga viral. Vários aspectos mostraram melhor desempenho em 2007 comparados a 2001: registro de número de faltas à consulta médica (de 18,3 para 27,0%, VP: 47,5%), agendamento de consulta em menos de 15 dias no início da terapia antirretroviral (de 55,3 para 66,2%, VP: 19,7%) e participação organizada do usuário (de 5,9 para 16,7%, VP: 183,1%). Houve manutenção de dificuldades: pequena variação na disponibilidade de exames especializados em até 15 dias, como endoscopia (31,9 para 34,5%, VP: 8,1%), e a piora de indicadores como tempo ideal de acesso a consultas especializadas (55,9 para 34,5% em cardiologia, VP negativa de 38,3%). O tempo médio despendido nas consultas médicas de seguimento manteve-se baixo: 15 minutos ou menos (52,5 para 49,5%, VP negativa de 5,8%).

CONCLUSÕES: A avaliação de 2007 mostrou que os serviços contam com os recursos essenciais para a assistência ambulatorial. Houve melhorias em muitos aspectos em relação a 2001, mas persistem desafios. Pouco tempo dedicado à consulta médica pode estar vinculado ao número insuficiente de médicos e/ou à baixa capacidade de escuta e diálogo. A acessibilidade prejudicada a consultas especializadas mostra a dificuldade das infraestruturas locais do Sistema Único de Saúde.

DESCRITORES: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, terapia. Infecções por HIV. Assistência Ambulatorial. Sistema Único de Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

^I Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

^{III} Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Secretaria Estadual de Saúde. São Paulo, SP, Brasil

^{IV} Departamento de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu, SP, Brasil

^V Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil

^{VI} Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil

^{VII} Programa de Pós-Graduação em Ciências Área Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
 Maria Ines Battistella Nemes
 Faculdade de Medicina - USP
 Av. Dr Arnaldo, 455 2ºandar
 01246-903 São Paulo, SP, Brasil
 E-mail: milnemes@usp.br

Recebido: 13/12/2011
 Aprovado: 8/7/2012

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess Brazilian Unified Health System outpatient services delivering care to adults living with AIDS in 2007 and to compare with the assessment conducted in 2001.

METHODS: The 636 health services registered in the Ministry of Health in 2007 were invited to respond to a previously validated questionnaire (*Qualiaids* Questionnaire) with 107 multiple-choice questions about the organization of care delivery. It analyzed the frequencies of responses to the 2007 questionnaire compared with those found in that of 2001 through percent variation (PV).

RESULTS: 504 (79.2%) of the services responded to the questionnaire. Almost 100.0% of the respondents reported having essential resources for outpatient care: having at least one doctor, sufficient supplies of antiretroviral drugs, CD4 and viral load tests. Many aspects displayed improvement in 2007 compared to 2001: registry of missed medical appointments (from 18.3 to 27.0%, PV: 47.5%), follow-up appointment within 15 days of starting antiretroviral treatment (from 55.3 to 66.2%, PV: 19.7%) and user's organized participation (from 5.9 to 16.7%, PV: 183.1%). However, some difficulties remained: little change in the availability of specialized exams, such as endoscopy, within 15 days, (31.9 to 34.5%, PV: 8.1%) and decreases in indicators such as optimal time access to specialized appointments (55.9 to 34.5% in cardiology, negative PV: 38.3%). Mean time spent in follow-up medical appointments remained low: about 15 minutes (52.5 to 49.5%, negative PV: 5.8%).

CONCLUSIONS: The 2007 assessment revealed that services have essential resources for ambulatory assistance. There was some improvement in many aspects compared to 2001, although some challenges still remain. Little time dedicated to medical appointments may be linked to insufficient number of doctors and/or due to reduced capacity of listening and dialogue. Impaired access to specialized appointments reveals the difficulty local Brazilian Unified Health System facilities have regarding infrastructure.

DESCRIPTORS: Acquired Immunodeficiency Syndrome, therapy. HIV Infections. Ambulatory Care. Brazilian Unified Health System. Health Services Research.

INTRODUÇÃO

A assistência ambulatorial às pessoas que vivem com HIV (PVHIV) no Brasil é realizada em diferentes serviços do Sistema Único de Saúde (SUS): unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, ambulatórios de hospitais, serviços exclusivos para doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de DST/aids e Hepatites Virais, produz orientações normativas gerais para os serviços e é responsável pela provisão dos medicamentos antirretrovirais e exames laboratoriais específicos (carga viral, CD4, genotipagem). Exceto por esses recursos, a implantação e organização dos serviços depende das características regionais e locais do SUS.

A distribuição loco-regional e características organizacionais são diversas, embora submetidas ao mesmo

conjunto geral de diretrizes. Entre 1996, ano da implantação do acesso livre e universal à terapia antirretroviral de alta potência (TARV), e 2007, o número de serviços que prestavam atenção especializada às PVHIV cresceu de 33 para 636, segundo cadastro de serviços ambulatoriais do Departamento de DST/aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Os serviços de sete estados brasileiros foram avaliados entre 2001 e 2002, a partir de pesquisa avaliativa que desenvolveu e validou o questionário *Qualiaids*. O instrumento foi auto-responsionado pelos gerentes locais, com questões sobre disponibilidade de recursos, organização do processo de assistência e gerenciamento.⁷

A utilidade do questionário para apoiar o gerenciamento local e a definição de políticas de incentivo à qualidade,

ao lado de sua potencialidade como instrumento de avaliação e monitoramento dos serviços, motivou o interesse do Ministério da Saúde por sua utilização em todos os serviços do País. O questionário original da pesquisa foi adaptado para resposta eletrônica em 2005, acompanhado por um guia online com recomendações de boas práticas referentes às dimensões da assistência avaliadas no questionário.^a

O questionário *Qualiaids* foi adotado como instrumento oficial de avaliação da qualidade da assistência dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem pessoas vivendo com HIV a partir de 2007. O Ministério da Saúde conduziu a avaliação solicitando a todos os serviços do País que respondessem ao questionário. O relatório do inquérito e os bancos de dados, elaborados em parceria com o Ministério da Saúde, foram encaminhados às gerências estaduais do programa de DST/aids e divulgados em oficinas de trabalho conduzidas pela gerência nacional.^b O presente artigo teve por objetivo avaliar os serviços de assistência ambulatorial a adultos vivendo com aids em 2007 e compará-los com os resultados de 2001.

MÉTODOS

O questionário *Qualiaids* foi validado em 27 serviços de diferentes perfis assistenciais e os resultados de sua primeira aplicação em 2001 foram analisados e divulgados entre gestores e gerentes de serviços e publicações do campo.^{7,9,10} Para a avaliação de 2007, o questionário eletrônico foi disponibilizado aos serviços.

O universo de serviços que integraram a avaliação de 2007 foi definido pelas coordenações estaduais de DST/aids das 27 unidades federativas brasileiras a partir

da listagem dos serviços que prestavam assistência ambulatorial naquele ano: 636 serviços. Os serviços foram convidados a preencher um questionário *online* com 107 questões estruturadas de múltipla escolha: nove questões descreviam características institucionais, localização e porte dos serviços; 24, disponibilidade de recursos; 42, organização do trabalho de assistência; 32, gerenciamento local da assistência.

Procedeu-se à análise descritiva de 464 serviços avaliados em 2007 e análise comparativa de 204 desses serviços, que também foram avaliados em 2001. Foram calculadas as porcentagens de serviços segundo as respostas a questões de três dimensões avaliativas: Recursos, Assistência e Gerência. Foram excluídos da análise os serviços com perda de dez ou mais questões. O porte ou localização geográfica não foram considerados na análise. Não foram realizadas estimativas estatísticas na comparação das porcentagens obtidas em 2001 e 2007 por se tratar da totalidade dos serviços respondentes. Calculou-se a variação percentual observada entre as duas aplicações ($P2007 (\%) - P2001 (\%) / P2001 *100$).

Considerou-se como “prontidão” a disponibilidade de agendamento para exames e para especialistas em menos de 15 dias.

Este artigo utiliza dados administrativos do banco resultante da aplicação do *Qualiaids* conduzida pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde cedido para os autores deste artigo como parte de acordo de cooperação técnica. A participação dos serviços de saúde se deu por adesão.

Tabela 1. Serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV/aids, segundo localização geográfica e número de questões respondidas. Brasil, 2007.

Região	Serviços existentes	Serviços que responderam a pelo menos uma questão	% de resposta	Serviços considerados na análise	% de resposta final
Norte	30	13	43,3	11	36,7
Nordeste	66	55	83,3	53	80,3
Centro-Oeste	36	31	86,1	28	77,8
Sul	145	135	93,1	131	90,3
Sudeste ^a	63	40	63,5	33	52,4
Rio de Janeiro (estado)	103	87	84,5	80	77,7
São Paulo (estado)	193	143	74,1	128	66,3
Total	636	504	79,2	464	73,0

^aExceto os estados do Rio de Janeiro e São Paulo

^a Nemes MIB, Basso CR, Castanheira ERL, Melchior R, Alencar TMD, Caraciolo JMM, Alves MTSSB. Qualiaids: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. v.1. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) [citado 2013 mar 13]. Disponível em: http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids/guia_qualiaids.pdf

^b Nemes MIB, Alencar TMD. Qualiaids: avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/Aids: relatório 2007/2008. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [citado 2013 mar 13]. Disponível em: http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids/Relat%F3rio_Qualiaids_2008_PDF.pdf

RESULTADOS

Responderam ao questionário 504 (79,2%) serviços dos 636 existentes em 2007, dos quais 464 (73,0%) responderam a pelo menos 97 das 107 questões do questionário e constituem o universo analisado (Tabela 1).

Dos 464 serviços analisados, 67,2% localizavam-se em municípios com menos de 400 mil habitantes.^c

Dos serviços, 26,7% acompanhavam mais de 500 pacientes em terapia antirretroviral (TARV); 36,0%, de 101 a 500; 11,6%, de 51 a 100; e 24,1%, até 50 pacientes. As regiões Sul e Sudeste concentravam 80,2% dos serviços, dos quais 68,6% estavam inseridos em unidades de saúde do SUS não exclusivas para DST e aids (Tabela 1).

Relataram fácil acessibilidade por meio de transporte público 91,4% dos serviços; 82,8% permaneceram abertos ao público cinco ou mais dias da semana; e 78,1% eram acessíveis por oito ou mais horas ao dia.

Os serviços relataram a presença de pelo menos um médico infectologista ou clínico responsável pela assistência em HIV/aids; 44,2% contavam com um profissional médico; 46,1% relataram que o(s) médico(s) possuía(m) cinco anos ou mais de experiência em HIV/aids.

Havia pelo menos um médico infectologista em 68,5% e a disponibilidade de outros profissionais na equipe técnica era alta, com exceção de dentistas (Tabela 2).

A prontidão de agendamento para médicos especialistas foi elevada para ginecologistas (75,0%). Tempo para agendamento > 45 dias ou total indisponibilidade de consulta de referência em especialidades foi de 25,4% para cardiologia e 31,9% para psiquiatria.

Cerca de 75,7% dos serviços disponibilizaram, em média, três ou mais exames de contagem de linfócitos T-CD4 por paciente/ano e 71,8% de Carga Viral. A prontidão dos resultados desses exames foi menor: 28,5% e 19,2%, respectivamente.

Houve prontidão em 47,2% dos serviços para os resultados de exames de diagnóstico do HIV pelo teste Anti-HIV (Elisa) e em 20,3% para o teste Western-Blot. Exames laboratoriais utilizados para acompanhamento da toxicidade dos medicamentos que necessitavam maior prontidão (hemograma, ureia, transaminases) estiveram disponíveis em 74,8% dos serviços. Exames de imagem simples, como raios-x (tórax, seios da face, abdome), tiveram disponibilidade alta (76,7%), enquanto os mais complexos (como endoscopia digestiva alta e tomografia) foram menos disponíveis.

Tabela 2. Serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV/aids segundo indicadores de disponibilidade de recursos, organização da assistência e gerenciamento técnico do trabalho. Brasil, 2007. (n = 464)

Dimensão	Serviços	
	n	%
Disponibilidade de recursos		
Composição da equipe local		
Pelo menos um infectologista	318	68,5
Pelo menos um enfermeiro	410	88,4
Pelo menos um psicólogo	368	79,3
Pelo menos um assistente social	367	79,1
Pelo menos um farmacêutico	373	80,4
Pelo menos um dentista	268	57,8
Agendamento em até 15 dias para especialidades médicas		
Ginecologista	348	75,0
Psiquiatra	184	39,7
Neurologista	118	25,4
Proctologista	92	19,8
Cardiologista	175	37,7
Oftalmologista	160	34,5
Cirurgião geral	129	27,8
Disponibilidade de resultados de exames em 15 dias		
Contagem de linfócitos T-CD4	132	28,5
RNA-HIV (Carga Viral)	89	19,2
Hemograma	374	80,6
Uréia	364	78,5
Transaminases (TGO/TGP)	357	76,9
Endoscopia Digestiva Alta	158	34,1
Tomografia	92	19,8
Organização da assistência		
Agendamento de até 10 consultas para 4 horas do médico	305	65,7
Tempo médio > 45 min consulta médica casos novos	208	44,8
Tempo médio > 30 min consulta médica seguimento	231	49,8
Agendamento de rotina para ginecologista	155	33,4
Convocação de faltosos	347	74,8
Gerenciamento		
Planejamento pela equipe local	268	57,8
Registro total de faltas em consulta médica	176	37,9
Supporte técnico-administrativo aos profissionais da equipe	261	56,2
Reuniões sistemáticas da equipe técnica	167	36,0
Integração com ONG	209	45,0

^c Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos demográficos. Rio de Janeiro; [citado 2011 out 6]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm

Tabela 3. Serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV/aids segundo indicadores de disponibilidade de recursos. Brasil, 2001 e 2007. (n = 204)

Disponibilidade de recursos	2001		2007		%
	n	%	n	%	
Equipe com psicólogo, enfermeiro, assistente social	129	63,2	135	66,0	4,4
Disponibilidade de 3 ou + exames por paciente/ano de Contagem de Linfócitos T-CD4	116	56,9	152	74,5	30,9
Disponibilidade de 3 ou + exames por paciente/ano de Carga Viral	75	36,8	143	70,1	90,5
Disponibilidade de até 15 dias de exames de Endoscopia Digestiva Alta	65	31,9	70	34,5	8,2
Disponibilidade de até 15 dias de exames de tomografia e colonoscopia	46	22,5	45	22,2	-1,3
Agendamento para especialidades médicas em até 15 dias					
Ginecologia	161	78,9	145	70,9	-10,1
Psiquiatria	127	62,3	76	37,4	-40,0
Neurologia	83	40,7	57	25,1	-38,3
Proctologia	56	27,5	40	19,7	-28,4
Cardiologia	114	55,9	70	34,5	-38,3
Oftalmologia	87	42,6	68	33,5	-21,4
Cirurgia geral	86	42,2	51	25,1	-40,5
Referenciamento a outras especialidades em até 15 dias					
Odontologia	125	61,3	128	62,6	2,1
Psicologia	156	76,5	154	75,4	-1,4
Serviço social	184	90,2	176	86,2	-4,4

A disponibilidade de antirretrovirais foi alta para todos os medicamentos. Falhas de uma semana no suprimento foram de 6,9% para zidovudina+lamivudina a 0,9% para amprenavir. Registrhou-se indisponibilidade de sulfametoxazol-trimetropina, medicamento mais utilizado para profilaxia e tratamento de infecções oportunistas em 3,2% dos serviços; 7,5% relataram falta por mais de 15 dias.

Usuários que procuraram o serviço pela primeira vez foram atendidos no mesmo dia por profissional de nível universitário em 72,0% dos serviços.

As consultas foram agendadas para todos os pacientes no início do período em 45,7%; 14,7% dos serviços marcaram consultas em blocos de pacientes e 27,4% agendaram com hora marcada para cada paciente. Até dez pacientes eram agendados para quatro horas/médico por 65,7% dos serviços Tabela 2; 14,4% agendavam 16 ou mais consultas. O tempo médio de consultas de seguimento foi de 15 minutos em 49,4% dos serviços.

Usuários não agendados são sempre atendidos (independentemente da existência de vaga na agenda) em 59,3% dos serviços; 35,1% reservavam vagas na agenda dos médicos para esses casos.

As intercorrências clínicas constituíram a principal

demandas de atendimentos não agendados para 77,8% dos serviços, seguidas pela procura de atestado para benefícios sociais (43,1%).

A utilização de algum tipo de protocolo de atendimento/consulta foi relatada por 51,5% dos serviços para os primeiros atendimentos e por 56,3% para co-infecção Tuberculose/HIV, gestantes ou acidente ocupacional.

Entre os serviços analisados, 80,2% relataram que a adesão dos pacientes ao tratamento era verificada nos atendimentos individuais mediante questionamento sobre o uso correto dos medicamentos. Conduzir grupos de adesão foi relatado por 28,9% dos serviços, 21,3% afirmaram utilizar recordatório detalhado sobre uso da medicação e 34,3%, contagem de comprimidos restantes. Em 63,8%, o agendamento da primeira consulta após o início da Tarv ocorreu em até 15 dias.

Sobre a conduta habitual perante a manifestação do desejo de ter filhos, 80,6% dos serviços relataram orientar sobre riscos e discutir o melhor momento para a concepção. Encaminhamento de rotina para o ginecologista (mesmo na ausência de queixas) foi relatado por 33,4%.

Aproximadamente 91,2% dos serviços tinham um coordenador técnico, com exclusividade em 45,7%

desses serviços; 33,0% dos gerentes estavam na função gerencial havia mais de seis anos e 53,0% tinham formação para a atividade gerencial.

As informações registradas rotineiramente com maior frequência foram: o número de pacientes em uso de antirretroviral (92,7%), o número de atendimentos/procedimentos (89,0%) e o de consultas por médico (88,1%). Frequências menores foram observadas em relação ao registro sistemático do número de faltas por paciente à consulta médica (27,0%) e em relação ao registro do primeiro atendimento no ano (38,7%).

Relataram a ocorrência de supervisão técnica ou administrativa 56,2% dos serviços, e 36,0%, de reuniões de equipe com periodicidade definida; 34,1% contavam com algum tipo de atividade para minimizar o sofrimento dos profissionais.

Reuniões ampliadas com a participação de usuários foram referidas por 16,4% dos serviços; 40,5% afirmaram algum tipo de participação organizada dos usuários no encaminhamento de soluções de problemas.

Entre as dificuldades gerenciais mais mencionadas, destacaram-se: o encaminhamento para especialidades

(58,0%), contratação de recursos humanos – nível universitário (56,0%) e nível médio (42,0%), vagas para internação (44,6%), aquisição de materiais de consumo (36,6%) e permanentes (36,9%) e suprimento de medicações contra infecções oportunistas (32,1%).

As respostas dos 204 serviços que preencheram o questionário *Qualiaids* em 2001 e 2007 foram comparadas.

Houve ampliação da disponibilidade de três ou mais exames de Carga Viral por paciente/ano, com variação percentual (VP) de 90,5%. Por outro lado, houve piora na prontidão do referenciamento a todas as especialidades médicas investigadas, com VP negativa entre 38% e 40% para psiquiatria, neurologia, cardiologia e cirurgia geral (Tabela 3).

Os indicadores de organização da assistência apresentaram aumento no número de serviços que agendam consultas médicas com hora marcada (VP de 29,2%); do percentual de serviços que relatam a existência de “grupos de adesão” (VP de 65,7%) e daqueles com agendamento de consulta em menos de 15 dias quando da introdução da terapia antirretroviral (VP de 59,0%). O agendamento de rotina (independente mente

Tabela 4. Serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV/aids segundo indicadores de organização da assistência. Brasil, 2001 e 2007. (n = 204)

Organização da assistência	2001		2007		%
	n	%	n	%	
Consulta médica com hora marcada	44	21,6	57	27,9	29,2
Intervalo de rotina para o retorno em consulta médica quando da introdução dos ARV					
7 dias	36	17,6	56	27,5	56,3
15 dias	77	37,7	79	38,7	2,7
30 dias	62	30,4	52	25,5	-16,1
60 dias	3	1,5	5	2,5	66,7
Atendimento (primeira vez, mesmo dia) por profissional de nível universitário	119	58,3	181	88,8	52,3
Disponibilidade de grupos de adesão	41	20,1	68	33,3	65,7
Realização de recordatório detalhado sobre as atividades do paciente e o uso da medicação	34	16,7	48	23,5	40,7
Agendamento de rotina para ginecologista	76	37,3	74	36,3	-2,7
Principais motivos de busca aos serviços fora da data agendada (“extras”)					
Intercorrências clínicas	193	94,6	155	76,0	-19,7
Término da medicação	118	57,8	79	38,7	-33,0
Falta à última consulta	115	56,4	83	40,7	-27,8
Abandono	72	35,3	58	28,4	-19,5
Convocação	81	39,7	58	28,4	-28,5
Atestado para benefícios sociais	120	58,8	90	44,1	-25,0
Encaminhamento entre profissionais da equipe					
O médico é quem encaminha	143	70,1	146	71,6	2,1
Todos os profissionais encaminham	114	55,9	132	64,7	15,7
Os pacientes são obrigatoriamente atendidos, pelo menos uma vez, pelos diferentes profissionais da equipe básica	55	27,0	58	28,4	5,2

de queixas) para ginecologia manteve-se praticamente inalterado, com percentual de 37,3% em 2001 e 36,3% em 2007 (Tabela 4).

Intercorrências clínicas, busca por benefícios sociais, término de medicação e falta à última consulta foram os principais motivos de busca aos serviços fora da data agendada em 2001. Em 2007, houve redução em todos os percentuais, com VP negativa entre 19,5% e 33,0%. Intercorrências clínicas e busca por benefícios sociais mantiveram-se, respectivamente, como primeiro e segundo dos principais motivos (Tabela 4).

O fluxo de encaminhamentos entre profissionais manteve-se centralizado nos médicos. Houve variação

de 15,7% no número de serviços cujos profissionais realizavam encaminhamentos para todos da equipe (Tabela 4).

As reuniões para discussão de casos mantiveram baixa proporção, com pequena variação positiva. As reuniões de trabalho com periodicidade definida mantiveram proporções semelhantes entre 2001 e 2007 (Tabela 5).

Observou-se expressiva ampliação da participação organizada de usuários referida em 2007 por 110 serviços, especialmente por meio do conselho gestor ou similar (VP de 183,1%).

Houve decréscimo expressivo na proporção de serviços com dificuldades no acesso a exames de carga viral e

Tabela 5. Serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV/aids segundo indicadores de gerenciamento. Brasil, 2001 e 2007. (n = 204)

Gerenciamento	2001		2007		%
	n	%	n	%	
Reunião sistemática para discussão de casos					
Semanal	27	13,2	29	14,2	7,6
Quinzenal	9	4,4	9	4,4	0,0
Mensal	15	7,4	16	7,8	5,4
Reuniões de trabalho					
Semanal	26	12,7	29	14,2	11,8
Quinzenal	15	7,4	15	7,4	0,0
Mensal	32	15,7	30	14,7	-6,4
Registro de informações					
Número de faltas por paciente em consulta médica	37	18,3	55	27,0	47,5
Primeiro atendimento no ano de cada paciente	66	32,4	79	38,7	19,4
Participação organizada de usuários					
Sim, através de ONG	42	20,6	43	21,1	2,4
Sim, através de conselho gestor ou similar	12	5,9	34	16,7	183,1
Sim, através de outras formas	31	15,2	33	16,2	6,6
Dificuldades gerenciais mais relatadas					
Acesso a exames de laboratório em geral	43	21,1	37	18,1	-14,2
Acesso a exames de CD4/Carga Viral	118	57,8	23	11,3	-80,4
Medicação antirretroviral	26	12,7	35	17,2	35,4
Medicação contra infecções oportunistas	95	46,6	69	33,8	-27,5
Encaminhamentos para especialidades	118	57,8	125	61,3	6,1
Vagas para internação	104	51,0	85	41,7	-18,2
Vagas em hospital dia	30	14,7	19	9,3	-36,7
Vagas em maternidade	12	5,9	10	4,9	-16,9
Vaga para assistência domiciliar terapêutica	36	17,6	31	15,2	-13,6
Contratação de recursos humanos de nível superior	129	63,2	121	59,3	-6,2
Contratação de recursos humanos de nível médio	96	47,1	80	39,2	-16,8
Aquisição de material de consumo	68	33,3	76	37,3	12,0
Aquisição de material permanente	70	34,3	73	35,8	4,4

contagem de linfócitos TCD4 (VP negativa de 80,4%). O número de serviços que referiam dificuldades para internação e para suprimento de medicações para infecções oportunistas diminuiu.

O encaminhamento para especialidades e a contratação de recursos humanos de nível superior mantiveram-se como dificuldades mais referidas e com pouca variação entre as avaliações consideradas.

DISCUSSÃO

A avaliação de 2007 mostrou que a rede de serviços conta com recursos essenciais para a assistência ambulatorial: médicos, suprimento de antirretrovirais, disponibilidade dos exames laboratoriais mais importantes para o acompanhamento dos casos. A maioria conta também com outros profissionais na equipe e com disponibilidade de exames de imagem simples.

Há, entretanto, deficiências importantes, como a pequena disponibilidade de dentistas, presentes em pouco mais da metade dos serviços.

A alta disponibilidade dos exames de CD4 e carga viral, cuja provisão é de responsabilidade federal, contrasta com menor disponibilidade de exames mais complexos, dependentes da rede local de referência do SUS. Também dependente dessa rede, o acesso a algumas especialidades médicas é difícil ou inexistente para muitos serviços.

Embora a maioria dos serviços funcione em período integral, a acessibilidade funcional é prejudicada naqueles que mantêm o agendamento de todos os pacientes para um único horário no início de cada período de atendimento médico. Isso frequentemente implica em longos períodos de espera, classicamente associados à menor satisfação dos pacientes.

Preocupa também o tempo previsto para consulta médica de seguimento menor que 15 minutos em muitos serviços. Estudo semelhante conduzido em 21 serviços americanos mostrou tempo médio de 20 minutos, variando de 15 a 40, para esse tipo de consulta.¹⁶

É provável que, para alguns serviços, o problema principal seja o número insuficiente de médicos, dada a carência e má distribuição dessa categoria especialmente nos serviços públicos de saúde. Além disso, o “encaixe” de consultas a pacientes não agendados pode contribuir para excessiva carga de trabalho médico: 35,1% dos serviços relataram ter algum mecanismo organizado (como reserva de vagas na agenda médica), embora 59,3% tenham afirmado sempre atender todos os não agendados.

Mesmo com número adequado de horas/médico, alguns serviços podem contar com profissionais cujo tempo de consulta e permanência seja menor do que o oficialmente contratado. Esse é um problema frequentemente vivenciado na gestão do trabalho em saúde, embora não haja registro de estudos empíricos sobre esse tema. É possível que, na impossibilidade de adequar essa situação, alguns gerentes acordem com os médicos um número máximo de atendimento dentro de seu real período de permanência no serviço. Com isso, garantem o atendimento da demanda, porém com redução da duração da consulta, o que pode comprometer a qualidade do atendimento. Turnos médicos curtos podem ser a razão da marcação de todos os pacientes no início do turno.

Não há evidências disponíveis que sustentem diretrizes para duração da consulta em HIV/aids. Na prática clínica geral, o tempo é variável entre países e tipos de serviços. É, entretanto, considerada, no mínimo, uma medida *proxy* de qualidade.^{2,14} Consultas rápidas sugerem qualidade técnica insuficiente e baixa capacidade de escuta e diálogo. Esse é um perfil semelhante ao que Campos descreve como “clínica degradada”,¹ observada em especial nos atendimentos não agendados (tipo pronto atendimento).

O atendimento dos casos não agendados, longe de ser uma alternativa assistencial rápida e “simplificada”, é um momento tecnologicamente complexo e prioritário, tanto do ponto de vista do diagnóstico de importantes intercorrências clínicas quanto do re-contato com pacientes faltosos ao seguimento, grupo de maior risco para não adesão.^d

Ainda do ponto de vista de *proxy* de qualidade, estudos reiteram a importância da experiência e especialização do profissional para a obtenção de bons resultados clínicos,^{4,5,13} apontadas desde o início da epidemia.³ Dado o longo tempo da presença da epidemia, há grande conjunto de médicos do SUS com muitos anos de experiência no atendimento de PVHIV. Isso foi observado em nosso estudo, em que quase metade dos médicos tinha cinco ou mais anos de experiência. Por outro lado, cerca de um terço dos serviços não contavam com infectologistas, cuja formação original em HIV/aids é mais especializada.

Qualificados e ágeis sistemas de referência e de apoio técnico (*mentoring*) contribuem para aprimorar a qualidade da assistência médica em sistemas descentralizados.⁶ Entretanto, a implantação adequada de sistemas como esses não é observada em boa parte da assistência médica ambulatorial em geral do SUS. A maioria dos serviços de HIV/aids reportou não ter nenhuma forma sistemática de supervisão ou apoio aos profissionais no presente estudo.

^d Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Orientações para abordagem consentida, alerta de má adesão aos antirretrovirais e critério de abandono ao tratamento. Brasília (DF); 2009. (Nota técnica 208/09 AIDS/SVS/MS).

A possibilidade de troca de opiniões e discussão de casos clínicos no cotidiano profissional, tradicional mecanismo de aprendizado médico, é inviável em quase 40% dos serviços, nos quais há um médico responsável pelo seguimento de PVHIV. Serviços com apenas um médico estão associados a menor qualidade da assistência.¹¹

Tão importante quanto a capacitação dos profissionais que assistem ao paciente, uma gerência efetivamente técnica – e não apenas “burocrática” – potencializa a efetividade da assistência: na implementação e controle de rotinas assistenciais, na avaliação e monitoramento do trabalho, no investimento na integração da equipe e nas articulações externas e com usuários.¹²

É de competência da gerência assegurar estrutura mínima para o cuidado de todos os pacientes e, simultaneamente, especial abordagem aos que estão mais vulneráveis ao adoecimento. Entre estes estão os grupos com maior risco de não adesão ao tratamento. É positivo que grande parte dos serviços tenha como rotina agendar consultas com menores intervalos no início da Tarv, período crucial para a adesão.^{8,e}

A maioria das atividades típicas da gerência mostra características negativas em grande percentual dos serviços. No plano da avaliação e monitoramento, indicadores tradicionais de desempenho, como cobertura e concentração de atividades, não são calculados devido à ausência de registros das informações em percentual elevado de serviços. No plano da integração da equipe, há insuficiência de mecanismos formais de comunicação interna e há ausência de atividades de suporte e supervisão técnica para os profissionais. No plano da articulação, há insuficiência de mecanismos para a participação dos usuários e de comunicação com a sociedade civil.

A comparação entre as respostas dos 204 serviços que preencheram ambas as avaliações mostrou avanços, mas também a persistência de deficiências importantes.

O aprimoramento da disponibilidade de recursos sob gestão federal se sobressai dentre as características avaliadas: houve importante melhora na disponibilidade dos exames de contagem de linfócitos CD4 e carga viral. O suprimento de medicamentos antirretrovirais tornou-se mais ágil: o término de medicações não é mais um fator para retorno de usuários fora de agendamento.

A comparação mostrou manutenção de características negativas na organização e no gerenciamento da assistência, de responsabilidade das gerências locais. O agendamento de rotina para ginecologia ainda é deficiente, apesar da importância da questão feminina nas diretrizes do programa.^f A integração da equipe multiprofissional é falha, indicada pela manutenção de

grandes proporções de serviços com encaminhamentos centrados no médico e ausência de reuniões periódicas. Além disso, poucos serviços buscam melhorar o conforto dos pacientes organizando o agendamento de consultas com hora marcada.

A consolidação do acesso ampliado a recursos essenciais, como novos medicamentos e exames laboratoriais, reitera a justa reputação de bom desempenho do programa brasileiro de aids, quando comparado à maioria dos países de baixa e média renda.¹⁵

A assistência às PVHIV no Brasil fez emergir compromissos éticos e proposições tecnológicas exemplares para o sistema de saúde como um todo. É, porém, no trabalho concreto dos profissionais e gerentes locais que essas propostas se operacionalizam. Normatizar, incentivar e monitorar a qualidade desse trabalho é o grande desafio, como o é para todo o sistema público de saúde.

Este trabalho apresenta limites: não contém indicadores de resultados e baseia-se em respostas dos gerentes locais. Por se tratar de estudo censitário por adesão, 27% dos serviços não responderam ao questionário ou não atenderam aos requisitos para entrarem na análise. As únicas características conhecidas dos não respondentes são os estados e municípios em que se localizam os serviços. Esses aspectos são insuficientes para a compreensão das possíveis diferenças em relação ao universo estudado, dada a heterogeneidade dos serviços dentro de uma mesma área geográfica. Por outro lado, o universo de serviços analisados contempla a diversidade de localizações e tipos de serviços que atendem PVHIV no Brasil.

Ao contemplar indicadores de processo, essa avaliação valoriza condições necessárias para o cuidado longitudinal de uma condição crônica, como a aids atualmente. A avaliação e controle de características essenciais de estrutura e processo são um passo básico para as iniciativas de aprimoramento da qualidade da assistência em saúde. A possibilidade, ainda que limitada, de avaliar a evolução dessas mesmas características em um período de seis anos é inédita no nível ambulatorial do SUS.

A iniciativa de avaliação e monitoramento comandada pelo Departamento de HIV, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde envolveu a participação da maioria das coordenações estaduais do programa de aids, das coordenações municipais de capitais e grandes municípios, em duas rodadas de oficinas de trabalho de análise dos resultados. Esse processo foi replicado em alguns Estados e Municípios com as equipes locais. A análise produzida por essa avaliação promoveu condições para mudanças no processo gerencial e de organização do trabalho nos serviços, cumprindo, dessa forma, um “ciclo avaliativo” completo.

^e Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília (DF); 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 84).

^f Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília (DF); 2007.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
2. Deveugele M, van den Derese A, Brink-Muinen AVD, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*. 2002;325(7326):472. DOI:10.1136/bmj.325.7362.472
3. Kitahara MM, Koepsell TD, Deyo RA, Maxwell CL, Dodge WT, Wagner EH. Physicians' experience with the acquired immunodeficiency syndrome as a factor in patients' survival. *N Engl J Med*. 1996;334(11):701-6. DOI:10.1056/NEJM199603143341106
4. Landon BE, Wilson IB, Cohn SE, Fichtenbaum CJ, Wong MD, Wenger NS, et al. Physician specialization and antiretroviral therapy for HIV. *J Gen Intern Med*. 2003;18(4):233-41.
5. Landon BE, Wilson IB, McLnnes K, Landrum MB, Hirschhorn LR, Marsden PV, et al. Physician specialization and the quality of care for human immunodeficiency virus infection. *Arch Intern Med*. 2005;165(10):1133-9. DOI:10.1001/archinte.165.10.1133
6. Llibre JM, Domingo P, Pozo MA, Miralles C, Galindo MJ, Viciiana I, et al. Long-distance interactive expert advice in highly treatment-experienced HIV-infected patients. *J Antimicrob Chemother*. 2008;61(1):206-9. DOI:10.1093/jac/dkm438
7. Melchior R, Nemes MIB, Battistella MI, Basso CR, Castanheira ERL, Alves MTSSB, et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. *RevSaude Publica*. 2006;40(1):143-51. DOI:10.1590/S0034-89102006000100022
8. Melchior R, Nemes MIB, Alencar TMD, Buchalla CM. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil.
9. RevSaude Publica. 2007;41(Supl 2):87-93. DOI:10.1590/S0034-89102007000900014
10. Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad SaudePublica*. 2004;20(Supl 2):S310- 21. DOI:10.1590/S0102-311X2004000800024
11. Nemes MIB, Melchior R, Basso CR, Castanheira ERL, Alves MTSSB, Conway S. The variability and predictors of quality of AIDS care services in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:51. DOI:10.1186/1472-6963-9-51
12. Rodriguez HP, Marsden PV, Landon BE, Wilson IB, Cleary PD. The effect of care team composition on the quality of HIV care. *Med Care Res Rev*. 2008;65(1):88-113. DOI:10.1177/1077558707310258
13. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *CiencSaudeColetiva*. 1999;4(2):221-42. DOI:10.1590/S1413-81231999000200002
14. Valenti WM. The HIV specialist improves quality of care and outcomes. *AIDS Read*. 2002;12(5):202-5.
15. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2002;52(485):1012-20.
16. World Health Organization. Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008: executive summary. Geneva; 2008.
17. Yehia BR, Gebo KA, Hicks PB, Korthuis T, Moore RD, Ridore M, et al. Structures of care in the clinics of the HIV Research Network (HIVRN). *AIDS Patient Care STDS*. 2008;22(12):1007-13. DOI:10.1089/apc.2008.0093

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

COMENTÁRIO DO EDITOR

A pesquisa *Qualiaids*, que deu origem a esse artigo, foi a primeira avaliação abrangente da qualidade dos serviços de saúde do SUS que assistem pessoas vivendo com aids. Pesquisas avaliativas como o *Qualiaids*, que busquem caracterizar de forma abrangente e válida os processos de trabalho, efetivamente operados nos serviços de saúde, contribuem pela aplicação imediata de seus resultados como também para ampliar a cultura de avaliação e as iniciativas de aprimoramento dos serviços.

A pesquisa foi decisivamente apoiada e utilizada pelo Ministério da Saúde e por muitos gestores regionais e locais do Programa de Aids. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, disponibilizou seus resultados para os gestores locais e estaduais e incentivou oficinas locais de análise dos dados para o planejamento local dos serviços. O questionário *Qualiaids*, desenvolvido e validado na pesquisa, é hoje um instrumento de avaliação e monitoramento dos serviços de aids no país. Adaptado para resposta eletrônica e acompanhado por um Guia de Boas Práticas, já teve duas aplicações nacionais, em 2007 e 2010.

Profa. Rita de Cássia Barradas Barata
Editora Científica