

Ana Paula Loch

**Avaliação da qualidade dos serviços de assistência ambulatorial em
AIDS, Brasil: estudo comparativo 2007/2010**

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

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ines Battistella Nemes

São Paulo

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Loch, Ana Paula

Avaliação da qualidade dos serviços de assistência
ambulatorial em AIDS, Brasil : estudo comparativo
2007/2010 / Ana Paula Loch. -- São Paulo, 2018.

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

Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Maria Ines Battistella Nemes .

Descritores: 1.Avaliação em saúde 2.Avaliação de
programas e projetos de saúde 3.Síndrome da
imunodeficiência adquirida 4.Assistência
ambulatorial 5.Pesquisa sobre serviços de saúde
6.Avaliação de processos (cuidados de saúde)
7.Sistema Único de Saúde

USP/FM/DBD-034/18

Responsável: Kátia Maria Bruno Ferreira - CRB-8/6008

Dedicatória

*Aos meus pais,
os melhores gestores que já conheci.*

Agradecimentos

Aos mestres

À Maria Ines por todas as orientações, amizade, paciência e animados encontros nestes anos juntas e pela oportunidade de realizar o doutorado com dados que podem imediatamente contribuir para melhorar o cuidado de saúde a pessoas com HIV.

Aos professores, orientadores e amigos Ernani Tiaraju de Santa Helena e Nevoni Goretti Damo por todo o apoio, amizade e oportunidades de pesquisa durante a graduação. Estas oportunidades me fizeram crescer enquanto pesquisadora e pessoa e, sem dúvida, foram determinantes para seguir na carreira acadêmica.

Aos professores Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira, Carla Gianna Luppi e Ernani Tiaraju de Santa Helena que compuseram minha banca de qualificação do mestrado pela oportunidade de transformar meu projeto de mestrado em doutorado direto e pela confiança em meu trabalho. Ao professor Paulo Rossi Menezes que, junto aos anteriores, apresentou contribuições importantes ao meu trabalho na qualificação do doutorado.

À Doutora Asuncion Díaz Franco e sua equipe pela agradável recepção no Centro Nacional de Epidemiología da Espanha e por todos os prazerosos momentos e oportunidades de trabalho.

À minha base familiar

Ao meu amado Stênio, responsável por infinitos e incríveis momentos de alegria, aventuras, apoio e dedicação na história de nossa pequena e nova família.

Ao meu pai Silvino, por todos os bons exemplos de amor, dedicação, carinho, paciência, capacidade de gestão de problemas e incentivo para que eu pudesse estudar. À minha mãe Edite, por ser meu exemplo de mulher, por sua força de vontade de realizar o que deseja, e por me ensinar que a sinceridade nos torna mais leves e que a realização de nossos sonhos depende da nossa disposição em buscar diariamente o que desejamos.

À minha irmã Jaqueline, por me ensinar que mesmo nos piores dias temos que ter bondade no coração para perdoar. Ao meu cunhado Renato, por cuidar de minha irmã e da Flavinha, por toda a alegria que transparece e toda a ajuda.

Aos meus sogros Geraldo e Inez, e cunhados da minha nova família, por me acolherem tão bem.

Aos novos e velhos amigos

Às minhas amigas e colegas de trabalho Ana Maroso, Carol Adania, Juliana Mercuri, Maria Altenfelder, Marta, Mariana e Ana Nasser e ao Gabriel por todos os momentos de alegria, trabalho, companheirismo e apoio.

Às minhas amigas Márcia, Juliana, Tania, Liza, Cátia, Bethânia e Ana Chancharulo por todas as palavras de carinho, conselhos e cafés nos últimos quatro anos. Nossos encontros formaram memórias de momentos muito animados e indescritíveis.

Às minhas amigas Jessyka Krause e Emy por todos nossos momentos de alegria e amizade.

A todos los nuevos amigos extranjeros Alex, Maira, Esperanza y Marta que conocí durante mi estância en Madrid me enseñaram muchísimo y hoy soy muy grata de tenerlos como exemplos de dedicación a el próximo.

À minha amiga Lu Zotto, por toda nossa história. Aos amigos Leandro Lourenço e Tiago Schumacher por todos os bons momentos de alegrias que já passamos juntos.

Aos amigos Angela, Paula e Pedro, com os quais tive a oportunidade de compartilhar o apartamento 5D em Madrid e partilhar boas risadas neste período tão importante de nossa formação.

Aos novos colegas de trabalho

A todos os integrantes das equipes de pesquisa Qualiaids, QualiTB e QualiRede DST, HIV e HV por todas as oportunidades de troca de conhecimento e experiência que tivemos ao longo deste período.

Aos funcionários (Lilian, Goretti, Lúcia, Marlene, Juliana, Quitéria, Edileuza, Jóca, Tiago, Ruth, Miriam, Irineu e Ivaldo), professores do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP e a todos os demais colegas da pós-graduação por toda a ajuda e trocas intelectuais.

À Bruna Camara por sua excelente revisão ortográfica.

Às fontes financiadoras deste estudo

À CAPES pela bolsa recebida do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior. Processo: 88881.133735/2016-01.

Ao CNPq pelo apoio financeiro recebido para o desenvolvimento deste trabalho. Processo: 165368/2015-2, 141250/2016-0.

Àqueles que nos estimulam a conduzir nosso trabalho

Aos gestores e profissionais do SUS que responderam o Questionário Qualiaids e aos profissionais do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais envolvidos na aplicação do instrumento.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Aneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in IndexMedicus*.

UNAIDS – Terminology Guidelines – 2015. Disponível em: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/2015_terminology_guidelines.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	
LISTA DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS	
LISTA DE TABELAS	
RESUMO	
ABSTRACT	
APRESENTAÇÃO	
PARTE I	1
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 A estruturação dos primeiros programas e modelos assistenciais para o controle ao HIV/Aids.....	1
1.2 A estruturação dos serviços especializados de assistência a pessoas com HIV no Brasil.....	7
1.3 Novas tecnologias na assistência a pessoas que vivem com HIV: novos e velhos desafios para os serviços.....	12
1.4 O Questionário Qualiaids como um componente do programa brasileiro de melhoria da resposta brasileira dos serviços que atendem a pessoas com HIV.....	17
2. VERTENTES DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL	22
3. OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo Geral	26
3.2 Objetivos Específicos.....	26
4. MÉTODOS.....	27
4.1 O Questionário Qualiaids.	27
4.2 A participação dos serviços e bancos de dados.....	30
4.3 Análise	31
4.3.1 Perfil geral dos serviços que assistem pessoas com HIV.....	31
4.3.2 Análise do incremento da qualidade dos serviços de HIV/Aids no Brasil de 2007 para 2010.....	32
4.3.3 Análise dos fatores preditores da qualidade.....	33

4.3.4 Análise da qualidade dos serviços que obtiveram o melhor desempenho nas duas aplicações em relação aos demais.....	33
4.4 Software utilizado.	33
4.5 Aspectos éticos	33
PARTE II	35
5. RESULTADOS.....	35
5.1 Perfil geral dos serviços que assistem pessoas com HIV.....	35
5.2 Análise do incremento da qualidade dos serviços de HIV/Aids no Brasil de 2007 para 2010.....	43
5.3 Análise dos fatores preditores da qualidade.....	57
5.4 Análise da qualidade dos serviços que obtiveram o melhor desempenho nas duas aplicações em relação aos demais.....	63
PARTE III	80
6. DISCUSSÃO	80
7. CONCLUSÕES.....	86
8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	88
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
10. ANEXOS.....	91
ANEXO 1 - Questionário Qualiaids.....	91
ANEXO 2 - Parecer consubstanciado	122
ANEXO 3 - Carta de aceite do artigo “Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010” na Revista <i>Cadernos de Saúde Pública</i>	124
11. REFERÊNCIAS.....	125

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CCP	Comissão Coordenadora de Programa
D-IST/HIV/AIDS/HV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
TARV	Terapia Antirretroviral
TasP	Tratamento como Prevenção
T-CD4	Linfócito CD4
PREP	Profilaxia Pré-Exposição
QUALIAIDS	Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS
QUALITB	Avaliação dos serviços do SUS de níveis secundário e terciário que prestam assistência ambulatorial de referência em tuberculose
QualiRedeHIV	Qualificação da rede ambulatorial do SUS de prevenção, diagnóstico e assistência em HIV/Aids no estado de São Paulo: aplicabilidade de metodologias para monitoramento dos serviços de uma rede regional de atenção à saúde
QualiRede DST, HIV e HV	Qualificação da Rede de Cuidados em DST, HIV/Aids e Hepatites Virais em Regiões Prioritárias dos Estados de Santa Catarina e São Paulo

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

Figura 1 -	Contínuo do cuidado em HIV no Brasil – comparação dos dados correspondentes de 2012, 2014 e 2016.....	14
Quadro 1 -	Dimensão, domínios e indicadores correspondentes ao Questionário Qualiaids, 2007 e 2010.....	19
Quadro 2 -	Descrição dos indicadores do Questionário Qualiaids segundo domínio.....	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV que responderam ao Questionário Qualiaids em 2007 e 2010 segundo características que compõem o perfil geral dos serviços. N=419.....	36
Tabela 2 -	Serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo respostas a indicadores da dimensão disponibilidade de recursos. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	38
Tabela 3 -	Serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo atividades de apoio a adesão ao tratamento. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	40
Tabela 4 -	Serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo respostas a indicadores da dimensão de gerenciamento técnico do trabalho. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	41
Tabela 5 -	Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo dimensões do Questionário Qualiaids e teste de normalidade. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	43
Tabela 6 -	Análise de tendência da qualidade dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo dimensões do questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	44
Tabela 7 -	Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio infra-estrutura básica e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	44
Tabela 8 -	Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio medicamentos, exames e referência e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	45
Tabela 9 -	Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio recursos humanos e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	46
Tabela 10 -	Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio acolhimento e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	47
Tabela 11 -	Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio organização geral e rotina da assistência da enfermagem e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	48

Tabela 12 -	Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio atividades específicas de adesão ao tratamento e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	49
Tabela 13 -	Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio organização geral e rotinas da assistência de outros profissionais e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	49
Tabela 14 -	Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio organização geral e rotinas da assistência médica e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	51
Tabela 15 -	Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio organização geral do trabalho e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	52
Tabela 16 -	Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio orientação e aconselhamento e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	53
Tabela 17 -	Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio registro, avaliação, monitoramento e planejamento e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	54
Tabela 18 -	Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio atualização dos profissionais e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	55
Tabela 19 -	Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio comunicação e interação serviço, usuários e comunidade e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	55
Tabela 20 -	Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio coordenação do trabalho e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	56
Tabela 21 -	Distribuição dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo grupo de qualidade e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	57
Tabela 22 -	Caracterização dos grupos de qualidade formados pelo desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV que responderam ao Questionário Qualiaids em 2007 segundo variáveis preditoras da qualidade. Brasil, 2007. N=419.....	59
Tabela 23 -	Caracterização dos grupos de qualidade formados pelo desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV que responderam ao Questionário	

	Qualiaids em 2010 segundo variáveis preditoras da qualidade. Brasil, 2010. N=419.....	60
Tabela 24 -	Caracterização do melhor e do pior grupo, formados a partir do desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo variáveis preditoras da qualidade e ano de aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	61
Tabela 25 -	Odds Ratio bruto e ajustado de pertencer ao grupo de melhor qualidade de serviços de atenção a pessoas com HIV, que responderam ao Questionário Qualiaids em 2007 e 2010. N=419.....	62
Tabela 26 -	Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo dimensões Geral, Assistência (A), Gerência (G) e Recursos (R) do Questionário Qualiaids e grupo de desempenho nas duas aplicações do Questionário. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	64
Tabela 27 -	Comparação do desempenho entre o melhor grupo de serviços e o pior na dimensão de disponibilidade de recursos segundo aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	66
Tabela 28 -	Comparação do desempenho entre o melhor grupo de serviços e o pior nos indicadores da dimensão organização geral da assistência segundo domínio e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	70
Tabela 29 -	Comparação do desempenho entre o melhor grupo de serviços e o pior nos indicadores da dimensão gerenciamento técnico do trabalho segundo domínio e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.....	76

RESUMO

Loch AP. *Avaliação da qualidade dos serviços de assistência ambulatorial em AIDS, Brasil: estudo comparativo 2007/2010* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018

A qualidade dos serviços de saúde que assistem pessoas que vivem com HIV é um dos fatores determinantes do desfecho clínico e do impacto do tratamento na transmissão do HIV. No Brasil, desde a instituição do acesso universal à assistência e tratamento da aids em 1996, houve grande expansão do número de serviços de assistência em HIV, inseridos em estruturas do Sistema Único de Saúde (SUS) de diferentes tipos: unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidade vinculados a hospitais e serviços especializados em DST/Aids. Estes serviços atendem hoje cerca de 830 mil pessoas vivendo com HIV. Exceto pelos insumos específicos (antirretrovirais, carga viral, contagem de linfócitos CD4 e genotipagem) providos pelo nível federal, todos os demais recursos são dependentes da configuração local do SUS. Estas condições conformaram um conjunto bastante heterogêneo de serviços. O objetivo deste estudo foi avaliar os serviços do SUS de assistência ambulatorial a adultos vivendo com HIV. Os dados são provenientes da base de dados de 419 serviços que participaram das duas aplicações nacionais do Questionário Qualiaids de avaliação da qualidade organizacional em 2007 e 2010. O questionário, validado em 2001, é respondido *online* pelo responsável técnico pelo serviço de assistência em HIV. Contém 107 questões, das quais 97 são indicadores da qualidade, classificadas em três dimensões teóricas: organização do processo de assistência (07 domínios: 42 indicadores), gerenciamento técnico do trabalho (05 domínios: 31 indicadores), e disponibilidade de recursos (04 domínios: 24 indicadores). As respostas às questões indicadoras de qualidade são pontuadas em escala de 0 (padrão insuficiente), 1 (aceitável) a 2 (esperado) produzindo médias gerais de desempenho dos serviços. Não houve diferença entre a média geral obtida pelos 419 serviços que responderam o questionário em 2007 (1,27) e 2010 (1,28). Mostraram diferença as médias da dimensão de organização do processo de assistência (2007: 1,26; 2010: 1,29) e de disponibilidade de recursos (2007: 1,28; 2010:1,34). O aporte de recursos de provisão federal manteve-se alto para a grande maioria dos serviços, enquanto recursos humanos de provisão local, com destaque para o acesso às especialidades médicas, permanecem incipientes e menos disponíveis que em 2007. O gerenciamento técnico dos serviços manteve a proporção alta de serviços que realiza atendimento a pacientes com dificuldade de adesão ao tratamento em consultas médicas de retorno em intervalos menores, ou que reforçam a adesão para todos os pacientes durante a consulta médica e em consultas com outros profissionais. No entanto, permanece pequena a proporção de serviços que convoca os pacientes faltosos (~30%), assim como a proporção que conduz reuniões para discussão de casos. Entre os componentes do fluxograma geral da assistência, a proporção de serviços em que o monitoramento da adesão ao tratamento é realizado durante a consulta médica se manteve alta, semelhante à proporção de serviços que atendem os pacientes faltosos/em abandono no mesmo dia em que procuram o serviço. Contudo, continua baixo o número de serviços que realizam o agendamento de

consultas médicas com hora marcada. O agrupamento dos serviços segundo k-médias produziu 4 grupos de qualidade em 2007, com 27,7% (116) dos serviços estudados no melhor grupo; em 2010, o agrupamento produziu 5 grupos, com 28,9%(121) dos serviços no melhor grupo. Analisou-se as chances de pertencer ao melhor grupo de qualidade em ambos os anos segundo características dos serviços não consideradas na pontuação de qualidade (instituição gestora, tipo de unidade, porte do serviço e número de habitantes). Associaram-se independentemente à maior chance de pertencer ao grupo de melhor qualidade, em 2007 e 2010, serviços com mais de 500 pacientes e do tipo especializados. Houve 58 serviços (13,8%) que se mantiveram no grupo de melhor qualidade em 2007 e 2010. Além de apresentarem altas médias nas dimensões de organização do processo de assistência e disponibilidade de recursos, este grupo distingue-se pelo desempenho do gerenciamento técnico especialmente na condução de atividades de planejamento, avaliação e coordenação do trabalho assistencial. A qualidade em serviços de saúde deve ser pensada sempre de modo incremental. Sistemas como o Qualiaids fornecem à gestão dos programas e dos serviços a possibilidade de monitorar o incremento da qualidade organizacional ao longo do tempo. Em que pese a relevância do sistema para a identificação de monitoramento de processos que necessitam atenção, seu papel no alcance de melhores resultados para o bem-estar dos pacientes depende da integração em políticas de qualidade e do aporte de recursos que sustentem uma vigorosa resposta assistencial, essencial para o programa como um todo.

Descritores: avaliação em saúde; avaliação de programas e projetos de saúde; síndrome da imunodeficiência adquirida; assistência ambulatorial; pesquisa sobre serviços de saúde; avaliação de processos (cuidados de saúde); sistema único de saúde

ABSTRACT

Loch AP. *Assessment of the quality of out-patient healthcare services in AIDS, Brazil: 2007/2010 comparative study* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2018

The quality of healthcare services for people living with HIV is one of the factors determining the clinical outcome and impact of treatment in HIV transmission. In Brazil, since the introduction of universal access for AIDs care and treatment in 1996, there has been a major increase in the number of HIV care services within the framework of the Brazilian National Health Service (SUS) of different types: basic healthcare units, specialist out-patient clinics affiliated to hospitals and specialized services for STD/AIDS. These services currently provide care for around 830,000 people living with HIV. Apart from specific inputs (antiretroviral drugs, viral load, CD4 lymphocyte counts and genotyping) provided at a Federal level, all other resources are dependent on the local structure of the SUS. These conditions give rise to a highly heterogeneous group of services. The objective of this study was to assess the SUS out-patient care services for adults living with HIV. The data were drawn from a database on 419 services involved in two nationwide applications of the Qualiaids Questionnaire assessing organizational quality in 2007 and 2010. The questionnaire, validated in 2001, is answered on-line by the technician in charge of each HIV care service. The survey comprised 107 questions, 97 of which relate to quality indicators, classified under three theoretical dimensions: Organization of the care process (07 domains: 42 indicators), Technical management of the service (05 domains: 31 indicators), and Availability of resources (04 domains: 24 indicators). The responses to the quality indicator questions are scored on a scale of 0 (insufficient level), 1 (acceptable) or 2 (expected), yielding overall mean performance scores for the services. There were no differences for overall means attained by the 419 services that answered the questionnaire in 2007 (1.27) and 2010 (1.28). However, differences in means for the dimensions “organization of the care process” (2007: 1.26; 2010: 1.29) and “availability of resources” (2007: 1.28; 2010: 1.34) were evident. The level of resources provided Federally remained high for the vast majority of the services, whereas the locally provided human resources, particularly for access to medical specialties, remained underdeveloped and with lower availability in 2010 compared to 2007. The technical management of the services maintained a high proportion of services for patients having difficulties adhering to treatment involving return medical visits at shorter time intervals, or that focused on adherence for all patients during medical visits and in consultations with other professionals. However, the proportion of services that actively called in non-attenders (~30%), and also the proportion that ran meetings to discuss cases, remained low. Among the components of the general flow-diagram of care, the proportion of services in which monitoring of treatment adherence was performed during the medical consultation remained high, and was similar to the proportion of services that saw patients who had missed appointments or dropped out of treatment on the same day that they sought the service. However, the number of services that scheduled individual medical appointments remained low. K-means clustering of services

produced 4 quality groups in 2007, with 27.7% (116) of services classified into the best group; in 2010, this clustering produced 5 groups, with 28.9%(121) of services in the best group. The likelihood of belonging to the best quality group on both years for the characteristics of the services not included in the quality scoring (managing institution, type of unit, size of service and population) was also analyzed. Services with over 500 patients or of the specialized type were independently associated with greater likelihood of belonging to the best quality group in both 2007 and 2010. Fifty-eight (13.8%) services remained in the best quality group in 2007 and 2010. Besides having high means for the dimensions “organization of the care process” and “availability of resources”, this group stood out for performance of technical management, particularly for the activities of planning, assessment and coordination of care. The health service quality should always be considered in terms of progressive improvement. Systems such as Qualiaids allow managers of programs and services to monitor improvements in organizational quality over time. With regards to the relevance of the system for identifying and monitoring processes that require attention, its role in attaining better results for the well-being of patients depends on integration into quality policies and on level of resources which promote a strong care response, essential for the program as a whole.

Descriptors: health evaluation; program evaluation; acquired immunodeficiency syndrome; ambulatory care; health services research; process assessment (health care); unified health system

APRESENTAÇÃO

Este estudo se insere na linha de pesquisa *Avaliação de tecnologias, serviços e programas de saúde*,^a especificamente na vertente de avaliação de serviços de saúde. O objeto é a organização dos serviços do SUS que acompanham, em nível ambulatorial, pessoas com infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)^b. O estudo trata da análise dos resultados das aplicações de 2007 e 2010 do instrumento de avaliação: o *Questionário Qualiaids*^c.



**www.qualiaids
.fm.usp.br**

A escolha do tema está relacionada à minha trajetória durante a graduação no curso de Farmácia da Universidade Regional de Blumenau/SC. Minha formação nesta universidade foi além das aulas teóricas e práticas, previstas na grade curricular de ensino. Neste período, tive a oportunidade de participar de programas que contemplam outros dois pilares da universidade: a pesquisa e a extensão.

No Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), cujo foco era a inserção dos acadêmicos em atividades de pesquisa e extensão na comunidade, tive a oportunidade de realizar atividades de educação em saúde voltadas a grupos de escolares sobre temas de prevenção de DST/Aids e

^a Linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Ciências- Medicina Preventiva coordenada pelas Profas. Hillegonda Maria Novaes, Maria Ines Battistella Nemes e Patrícia Coelho Soárez na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

^b Utilizamos a recomendação da UNAIDS de evitar o uso das abreviaturas PVHIV e PVHIVA quando nos referimos a pessoas que vivem com HIV. UNAIDS TERMINOLOGY GUIDELINES: 2015. Disponível em:

http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/2015_terminology_guidelines

^c O Qualiaids – Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS integra a linha de pesquisa Qualiaids, sob a coordenação da Professora Associada Maria Ines Battistella Nemes (Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP), e é desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil.

uso de métodos contraceptivos. Ainda no contexto da extensão, agreguei à minha formação a vivência em diversos contextos sociais por meio do acompanhamento farmacoterapêutico domiciliar de pessoas com doenças crônicas, realizado no Programa de Atenção Farmacêutica Domiciliar (PROAF).

A participação no PET-SAÚDE também incluía atividades de pesquisa, momento no qual conheci os docentes do Grupo Catarinense de Epidemiologia de Medicamentos. Este grupo de pesquisa promovia discussões voltadas ao uso de medicamentos em doenças crônicas não-transmissíveis, como a *diabetes mellitus* e a hipertensão arterial. Esse cenário abriu possibilidade de buscas mais desafiadoras no campo da pesquisa e me impulsionou a buscar estágio no Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids da Prefeitura de Blumenau no último semestre da graduação. Nesta primeira aproximação, auxiliada pelos profissionais do serviço e pelo Qualiaids impresso que me acompanhava na mochila, tentava compreender o funcionamento geral do serviço e entender melhor meu objeto de trabalho.

Este projeto foi desenvolvido em dedicação exclusiva às atividades do grupo de pesquisa e da pós-graduação, o que melhorou meu entendimento sobre o objeto, sobre o trabalho em um grupo de pesquisa e sobre a estrutura de um programa de pós-graduação de excelência.

No grupo de pesquisa, participei de atividades com a Equipe de Pesquisa Qualiaids^d no desenvolvimento dos projetos: a. Qualificação da rede ambulatorial do SUS de prevenção, diagnóstico e assistência em DST/HIV/HV no estado de São Paulo: aplicabilidade de metodologias para monitoramento dos serviços de

^d Fui contemplada com uma bolsa de doutorado do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Processo: 141250/2016-0.

uma rede regional de atenção à saúde; b. Qualificação da Rede de Cuidados em DST, HIV/aids e Hepatites Virais em Regiões Prioritárias dos Estados de Santa Catarina e São Paulo. E em atividades da Equipe de Pesquisa QualiTB no desenvolvimento de um instrumento de avaliação semelhante ao *Questionário Qualiaids* para os serviços do SUS de níveis secundário e terciário que prestam assistência ambulatorial de referência a pessoas com tuberculose.

Na pós-graduação participei de atividades realizadas no âmbito da formação em saúde coletiva, da formação para docência, da gestão do programa de pós-graduação e da organização de eventos. No âmbito da formação em saúde coletiva cursei disciplinas oferecidas pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva, participei de encontros e eventos nacionais e internacionais da Saúde Coletiva e de cursos como “História social da aids” realizados na sede do Grupo de Incentivo à Vida. No âmbito da formação para a docência, realizei estágios no Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE) nas disciplinas MPR0110-5 - Epidemiologia I: Diagnóstico de Saúde de Populações e MPR0131-5 - Epidemiologia II: Estudos Epidemiológicos. No âmbito da gestão do programa, participei como representante discente na Coordenação Coordenadora do Programa (CCP) pelo período de um ano (2014-2015), experiência que permitiu o conhecimento dos processos decisórios e das diversas instâncias administrativas de um programa de pós-graduação, e, por fim, no âmbito da organização de eventos, participei da comissão organizadora do III Simpósio dos Pós-Graduandos do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (III SIMPREV-FMUSP) em 2015.

Também tive a oportunidade de participar de congressos na área da Saúde Coletiva no Brasil, entre eles: X Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Congresso Brasileiro de Aids e Seminário Internacional Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de atenção à Saúde no Brasil em 2015, IV Encontro Paulista de DST/Aids - "Resposta Paulista Frente às DST/Aids: da Prevenção à Cura e o III Congresso Catarinense de Saúde Coletiva e I Seminário de Bioética e Saúde Coletiva em 2016, e o X Congresso Brasileiro de Epidemiologia em 2017.

Cabe destacar uma última experiência marcante neste período do doutorado: o estágio doutoral de seis meses no Centro Nacional de Epidemiología da Espanha, entre Março e Agosto de 2017, sob orientação da Doutora Asunción Diaz Franco^e. Este período foi ímpar em minha formação profissional e pessoal. Tive a oportunidade de dedicar-me exclusivamente aos artigos científicos derivados do objeto desta tese, de objetos trabalhados na equipe de pesquisa liderada pela Doutora Asunción, e de objetos anteriores ao início do doutorado. Ainda na Espanha, também tive a oportunidade de participar do XVIII Congreso Nacional sobre el Sida e ITS.

A partir do curso de Pós-Graduação e com o presente trabalho, espero contribuir para o debate no campo da saúde coletiva nos temas: a. avaliação em saúde, enquanto instrumento para identificar os pontos frágeis na assistência a pessoas que vivem com HIV/Aids, e assim, auxiliar a gestão das práticas de saúde para esta população; b. processo de trabalho voltado ao cuidado de pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil.

^e Estágio financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Processo: 88881.133735/2016-01.

A primeira parte deste trabalho faz uma abordagem das principais ações voltadas a estruturação dos primeiros programas e serviços de resposta a aids, com foco nos serviços especializados na assistência a pessoas com HIV no Brasil. Também são destacados nesta parte conceitos teóricos da área de avaliação em saúde, a base teórica sobre a qual o Questionário Qualiaids foi desenvolvido, a importância deste instrumento na política nacional de incremento da qualidade organizacional e a estrutura geral do questionário.

Na segunda parte foram descritos os resultados deste trabalho, divididos em quatro sessões: a. estudo do perfil geral dos serviços que assistem pessoas com HIV; b. estudo da análise do incremento da qualidade dos serviços de HIV/Aids no Brasil de 2007 para 2010; c. estudo de análise dos fatores preditores da qualidade; e d. estudo de análise da qualidade dos serviços que obtiveram a maior média nas duas aplicações em relação aos demais.

Na última parte são apresentadas a discussão e as conclusões do estudo, assim como os anexos, que incluem o Questionário Qualiaids, o termo consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.

A partir deste estudo, foram elaborados três artigos científicos:

- 1- “Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010” – Aprovado para publicação em português e inglês na Revista Cadernos de Saúde Pública em 16 de Junho de 2017. Carta de aceite apresentada no Anexo C.
- 2- “HIV/AIDS Facilities Performance in a follow-up Maintenance, Adherence Indicators and Factors Associated with Quality of Health Care Services in Brazil: Comparative Study, 2007-2010”. Submetido para publicação à PLOS ONE em 10/08/2017.

- 3- Avaliação dos serviços de HIV/Aids no SUS: o gerenciamento técnico como *proxy* para a organização mais efetiva das atividades do fluxograma assistencial. Em processo de tradução e submissão à BMC Health Services Research.

PARTE I

1 INTRODUÇÃO

*“A AIDS é uma doença de grupos humanos – famílias, lares, casais – e seus impactos sociais e demográficos se multiplicam do indivíduo infectado para o grupo”^f
J. Mann et al.*

1.1 A estruturação dos primeiros programas e modelos assistenciais para o controle ao HIV/Aids

Na resposta ao HIV, muito se deve ao fato de a epidemia de aids^g ter se mostrado dinâmica, instável e sem fronteiras geográficas ou sociais desde o início de sua história. Além disso, a dimensão-chave e determinante do curso da doença sempre foi o comportamento humano individual e coletivo, atributo singular que, no início, levou organismos internacionais de saúde à incompreensão da epidemia pela falta de informações básicas disponíveis e até mesmo à dúvida sobre a possibilidade de organizar uma resposta ao nível mundial (Mann et al., 1992)¹.

^f Citado por Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ; 1993.

^g Neste trabalho optamos por seguir a sugestão do D-IST/HIV/AIDS/HV e considerar a palavra “aids” como substantivo comum e grafá-la em caixa baixa. Constituem exceções os nomes próprios de entidades ou de programas (que devem ser grafados em caixa alta e baixa) e as siglas compostas grafadas em caixa alta (em que deve seguir a grafia em caixa alta). Entretanto, nas citações e referências, preservamos a grafia empregada nos documentos e textos originais.

A organização de uma primeira resposta internacional emergiu na Assembleia Mundial da Saúde em 1987, momento que Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou a Resolução WHA 40.26. Nesta Resolução, a OMS reconheceu a aids como uma emergência mundial de saúde e reforçou a urgência de ações globais com enfoque no desenvolvimento de ações efetivas de vigilância epidemiológica, de prevenção e de controle da doença².

No mesmo ano, foi criado o Programa Global de Aids, que alocou recursos na criação e apoio dos programas nacionais de prevenção e controle da aids. Contudo, a complexidade da epidemia e a insuficiência de dados dificultavam propor uma estruturação mais adequada para os programas. Assim, a OMS estabeleceu como princípios norteadores para a formação e execução dos programas nacionais a prevenção da transmissão do HIV, a promoção da redução da morbidade e mortalidade ao nível social e o trabalho de cooperação internacional³. Com o objetivo de monitorar a resposta mundial à epidemia foi criada, em 1991, a Coalizão Global de Políticas Contra a AIDS^h. Organizada por Jonathan Mann e Daniel Tarantola, cientistas, profissionais e ativistas, a Coalizão - agora UNAIDS - promovia atividades de apoio a políticas e programas de controle do HIV/Aids em diversos países⁴.

A OMS também orientou a formação técnica dos programas. Os programas deveriam apresentar um coordenador, um plano nacional com objetivos e metas consistentes com as estratégias globais, com descrição clara dos objetivos, estratégias, atividades e custos para o alcance das medidas de

^h Sediada na Universidade de Harvard (Estados Unidos), é uma entidade não-governamental, independente, internacional e multidisciplinar, financiada pela Associação François-Xavier Bagnoud. O programa se tornou sustentável, e foi renomeado (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids – UNAIDS) pela Organização das Nações Unidas em 1994.

prevenção e controle, e a institucionalização da avaliação e monitoramento dos programas. Outra estratégia definida pela OMS foi a nomeação de um comitê consultivo em cada programa nacional ³.

O objetivo do comitê era orientar os programas nacionais na elaboração de políticas e estratégias de combate à aids. A formação dos comitês, inicialmente composta por médicos e membros da comunidade científica, sofreu diversos tipos de pressão de outros ministérios e organizações comunitárias para que houvesse a inclusão de outros representantes do governo, organizações não governamentais (ONG), pessoas com HIV e maior número de mulheres. Não obstante, embora muito tenha sido feito pelos comitês no desenvolvimento de políticas e programas de resposta à epidemia, fatores como a constante rotatividade dos Ministros da Saúde, a posição hierárquica dos comitês – subordinados ao Ministério da Saúde – e a pouca influência que exerciam no sistema político levaram à desconstrução dos comitês consultivos³. Mesmo com o desarranjo dos comitês consultivos, em 1990 vários países já declaravam ter programas de combate à aids estruturados.

De acordo com Mann et al¹:

O sucesso de um programa nacional de combate à aids envolve a extensão de sua responsabilidade sobre a mudança do curso da epidemia do HIV e sobre a garantia da qualidade do tratamento oferecido às pessoas já afetadas (MANN et al., 1992, p.147).

Contudo, a emergência dos programas não trouxe consigo tecnologias que permitissem o controle da disseminação do vírus. A falta de tecnologias, a opção pela centralização dos programas - sem a estrutura de um modelo vertical de gestão -, a alta rotatividade e demissão dos profissionais da assistência, a

crescente complacência em relação à aids na sociedade e a incapacidade de empresas privadas oferecerem assistência a um preço acessível foram fatores determinantes para a reestruturação do modelo assistencial voltado ao desenvolvimento de atividades de prevenção e para a expansão de atividades no campo da prevenção desenvolvidas em parceria com as ONGs⁵.

Baseados no modelo assistencial disponível, os programas passaram a adotar estratégias guiadas pela informação e educação, disponibilidade de serviços sociais e de saúde e disponibilidade de ambiente social adequado para apoio e promoção dos direitos humanos. A tradução destas estratégias no dia a dia do campo da prevenção compreendia o uso simultâneo de tecnologias como o preservativo, o aconselhamento de DSTs e ações de educação e apoio mútuo e, quando desenvolvida para profissionais do sexo, mostrou a diminuição da incidência do HIV⁶. No entanto, a ausência de vacinas e da manutenção de atividades intensificadas de prevenção contribuíram para o número crescente de infecções⁷.

Na área assistencial, o desenvolvimento de medicamentos era incipiente e as necessidades médicas básicas - principalmente em países em desenvolvimento - não eram alcançadas. Cameron & Shepard⁸ defendiam um modelo assistencial mais amplo e, de certa forma, mais próximo ao modelo assistencial adotado hoje no Brasil, que considera a integralidade como um dos princípios para a organização do sistema de saúde. O modelo proposto por estes autores era baseado em necessidades médicas que incluíssem diversos serviços: de diagnóstico, profilaxia, tratamento, aconselhamento e atendimento multiprofissional; psicossociais, para oferecer apoio psicossocial às pessoas

com HIV e seu círculo social (incluindo profissionais prestadores de assistência); e de assistência social, para promover o acesso a necessidades básicas.

Outros autores também reiteravam que a assistência às pessoas com HIV/Aids deveria compreender um ciclo de cuidado multiprofissional que garantisse interação contínua entre clínicas especializadas em HIV, hospitais e comunidade, devido às evidências positivas da aplicação desse modelo em regiões desenvolvidas⁹. De modo geral, a literatura que tratava do manejo do cuidado em HIV/Aids publicada em países desenvolvidos nem sempre tinha aplicação em países em desenvolvimento, pois a prevalência de infecção pelo HIV e outras doenças infecciosas associadas era muito desigual, e os recursos para o tratamento e cuidado também eram consideravelmente menores.

Schopper & Walley (1992)¹⁰ apontavam ainda que, nestes países, o modelo assistencial era dividido em quatro grandes dimensões: manejo clínico, cuidados de enfermagem e práticas de aconselhamento e de suporte entre profissionais e pacientes. O impacto causado pelos serviços de saúde na epidemia dependia da extensão do número de serviços, da capacidade de estruturação dos serviços específicos para HIV/Aids e de outros serviços de saúde existentes, dos recursos disponíveis no setor da saúde e da forma como as dimensões deste modelo assistencial eram conduzidas no cuidado aos pacientes com HIV.

Na maioria desses países, o manejo clínico era realizado por meio do diagnóstico clínico do HIV confirmado – dependendo do orçamento - com testes laboratoriais, do diagnóstico e tratamento de infecções oportunistas como a tuberculose, e do uso da Zidovudina (AZT) para prolongar a vida dos pacientes por alguns meses, se limitando à falta de monitoramento da toxicidade do AZT

após o uso. Os objetivos gerais dos cuidados de enfermagem se dividiam em aliviar os sintomas e maximizar a qualidade de vida dos pacientes; no entanto, as características excepcionais da assistência a pessoas com HIV exigiam que estes profissionais estivessem em constante atualização e acompanhamento psicológico¹⁰.

A dimensão do aconselhamento era considerada um importante componente do cuidado porque envolvia profissionais da saúde, voluntários e pacientes, abordava componentes da prevenção da transmissão do HIV e estava correlacionada à dimensão de suporte. Essa correlação entre as duas dimensões promovia o empoderamento de pacientes ao compartilhar o status sorológico na própria rede de contatos, fato que levou à construção de uma rede de apoio mútuo ativa no compartilhamento de informações sobre a doença, de sentimentos, e discussões sobre a condição social e financeira dos envolvidos¹⁰.

Os arranjos assistenciais apontados por Cameron & Shepard⁸ e Schopper & Walley¹⁰ descrevem os modelos assistenciais adotados a partir das tecnologias disponíveis na primeira década da epidemia. Em 1990, a introdução da AZT foi vista como alternativa promissora no tratamento da aids porque a princípio aumentava a sobrevida dos pacientes, alterando a história natural da doença^{11 12}. No entanto, à medida que os ensaios clínicos eram realizados, os resultados indicavam reações adversas graves às pessoas que utilizavam o AZT¹³. O AZT era a única opção naquele momento, e o investimento em pesquisas na área de desenvolvimento de fármacos antirretrovirais resultou no uso associado do AZT com a didanosina e com a zalcitabina¹⁴ e, conseqüentemente, em mudanças na história natural da doença com o aumento da expectativa de vida.

No fim da “era do AZT”, em 1996, fármacos mais potentes como os Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INTR), os Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INNTR) e Inibidores de Protease (IP)¹⁵ já estavam disponíveis no mercado. Com o surgimento desses medicamentos, instituições internacionais como a Sociedade Internacional de Aids apontaram que seria adequado o uso de novas abordagens na terapêutica à infecção pelo HIV, entre elas, o uso de terapia combinada com base na contagem de Linfócito CD4 (T-CD4), nível de carga viral e a condição clínica do paciente, considerando sempre a mudança de regime para pacientes com resistência aos medicamentos utilizados¹⁶.

Esses medicamentos foram considerados alternativa promissora no tratamento da AIDS, mas poucos países não desenvolvidos disponibilizaram o novo tratamento de forma gratuita. Em países da região subsaariana da África, por exemplo, epicentro das epidemias generalizadas, a expansão do acesso gratuito aos medicamentos se deu de modo significativo apenas no final da primeira década do século XXI^{17 18}.

1.2 A estruturação dos serviços especializados de assistência a pessoas com HIV no Brasil

O primeiro Programa de Combate à Aids no Brasil foi criado em São Paulo, em 1983, e previa, dentro de seus eixos estratégicos, a realização de atividades de vigilância epidemiológica, informação, assistência e apoio às pessoas infectadas¹⁹. O programa paulista surge durante o movimento da reforma sanitária em meio ao processo de reorganização das ações assistenciais no Brasil e no mesmo período que o Ministério da Saúde instituía

as Ações Integradas de Saúde, que previam a inclusão de ações de prevenção, cura e atendimento universal como uma nova forma de organização do atendimento em saúde e que, mais tarde, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, se tornaram norteadoras para o desenvolvimento das bases do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído em 1988^{20 21}.

As primeiras diretrizes do Programa Nacional de Controle da Aids foram estabelecidas na Portaria nº 236 de 02 de Maio de 1985. As diretrizes orientavam entre as medidas de controle a epidemia, ações de vigilância epidemiológica, de notificação dos casos de aids, a distribuição de materiais educativos, ações de orientação de prevenção da transmissão a pacientes infectados, ações conjuntas entre todas as estruturas governamentais e a articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação²².

Nesse período, a assistência a pessoas com HIV se baseava quase que exclusivamente a associação de medicamentos ARV ainda em testes de fase II a fármacos quimioterápicos que, em curto prazo, salvaram a vida de muitos doentes²³. O tempo médio de sobrevivência das pessoas que viviam com HIV/Aids no Brasil era de 5,1 meses, associado ao desenvolvimento de inúmeras doenças oportunistas²⁴. Relatos como o de Herbert de Souza evidenciam a dificuldade de se conseguir assistência²⁵:

É triste ter que dar conselho a aidéticos para conseguir remédio, eu acho que isso está ocorrendo só no Brasil, mas de todo o jeito o que nos resta fazer é pressionar o Ministério da Saúde para que ele nos diga claramente

quando o AZT vai entrar, que medidas eles estão tomando, e os prazos, porque aidético trabalha com prazos^{i j}.

A aids foi assumida como uma doença complexa desde o início da estruturação da resposta brasileira à enfermidade. O Brasil estabeleceu o acesso universal e gratuito à assistência e ao tratamento da aids em 1996²⁶ e recebe reconhecimento mundial na luta contra a epidemia, pois foi o primeiro país em desenvolvimento a adotar esta medida. Segundo Galvão (2000)²⁷, o Brasil pode ser considerado um exemplo pela resposta que deu à epidemia, seja ela no número de casos notificados como aids, na articulação para conseguir recursos do Banco Mundial, e igualmente pela decisão de garantir o acesso universal a TARV na rede pública de saúde. A adoção dessa medida produziu aumento de 18 meses de sobrevida dos pacientes diagnosticados em 1995 para 58 meses nos pacientes diagnosticados em 1996²⁸.

A conquista da universalidade na assistência e na oferta de medicamentos corroborou a busca pela legitimidade de outro princípio do sistema de saúde brasileiro, a integralidade, voltada especialmente a assistência a pessoas que vivem com HIV. O programa incentivou a instalação e o crescimento do número de serviços ambulatoriais especializados, o trabalho multiprofissional por meio de equipes formadas por médicos, farmacêuticos, enfermeiros, assistente social e psicólogo, e a estruturação de uma rede assistencial entre o serviço ambulatorial de atendimento a pessoas que vivem com HIV, serviços de atenção primária e laboratórios²⁹.

ⁱ Citado em Lopes V. Betinho – A esperança equilibrada. [vídeo]. São Paulo (SP): Elo Company; 2015.

^j Herbert de Souza era sociólogo e exemplo de militante na busca de direitos humanos para a população brasileira e na luta contra a aids e a fome.

Em consonância com a conquista do acesso universal à assistência e aos medicamentos, foi criada, em 1997, a rede Rede Nacional de Laboratórios para monitoramento dos pacientes em TARV. A institucionalização dessa rede tinha por objetivo promover o acesso da população aos exames laboratoriais essenciais para o diagnóstico e acompanhamento do quadro clínico dos pacientes com HIV, direito que se tornou diretriz na Política Nacional de DST/Aids³⁰.

A Política Nacional de DST/Aids foi instituída em 1999, e determinava diretrizes e estratégias baseadas em três componentes: a. Promoção e Prevenção, tendo em vista a redução da incidência do HIV; b. Diagnóstico e Assistência, com o objetivo de garantir acesso a procedimentos de diagnóstico e tratamento; e c. Desenvolvimento Institucional e Gestão de Programa, componente que orienta o processo de tomada de decisões pelos gestores que de políticas de prevenção e controle das DST e aids³⁰.

Até 2005, já tendo consolidado o programa nacional de controle da aids, cerca de 44% dos pacientes chegavam ao serviço de saúde com diagnóstico tardio, fator determinante no risco de morte³¹. Do ponto de vista clínico, se, por um lado, os regimes terapêuticos tornaram-se mais potentes e de fácil administração, por outro lado, persistem vários dos efeitos adversos à TARV, as falhas terapêuticas e as resistências secundárias em pacientes multitratados. Assim, a infecção pelo HIV, à exceção presumível dos estágios iniciais, segue sendo clinicamente complexa. Adicionalmente, a conjugação de estigmas que ainda condicionam fortemente o viver com aids interfere decisivamente na vulnerabilidade ao maior adoecimento, o que implica a necessidade de um também complexo seguimento psicossocial^{32 33 34}.

Nestes 30 anos de epidemia, os serviços de assistência em aids se configuraram de modo diverso na dependência do sistema de saúde dos vários países. No Brasil, isto se deu pela criação de serviços especializados, na sua grande maioria instalados em serviços pré-existentes do SUS.

Os serviços que atendem pessoas com HIV, em número de 712 no Brasil em 2010, possuem várias competências no âmbito do atendimento ambulatorial, entre elas: atendimento integral a pessoas que vivem com HIV, atividades que promovem adesão ao tratamento, intervenções multidisciplinares e condução de atividades em rede que aperfeiçoam a formação de referência e contrarreferência^{35 36}.

A implementação destes serviços obedeceu a processos muito diversos nos estados e municípios. Exceto pela provisão de alguns dos insumos essenciais (medicamentos antiretrovirais, contagem de linfócitos T-CD4, carga viral e genotipagem) de responsabilidade federal, a disponibilidade de todos os demais recursos, materiais e humanos, depende dos recursos e gestão local do SUS.

Essas condições conformaram um conjunto bastante heterogêneo, tanto em termos de configuração institucional (ambulatórios gerais/de especialidade/hospitalares, unidades básicas de saúde, serviços de atendimento exclusivo para aids, entre outros) e porte (que varia de menos de 10 a mais de 5000 pacientes), quanto em termos de aporte de recursos^k.

^k Nemes MIB, Caraciolo JMM, Santos MA, ALVES AM, Yokaichiya CM, Prado RR, Vale FC, Baccarini R, Rossetto EV, Basso CR. *Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/Aids no Brasil*. Relatório da Aplicação Qualiaids 2010. Relatório de Pesquisa, São Paulo, 2012 (mimeo). Disponível em sistemas.aids.gov.br/qualiaids/. Acesso em: 19/07/2014.

1.3 Novas tecnologias na assistência a pessoas que vivem com HIV: novos e velhos desafios para os serviços

Hoje, no Brasil, reconhece-se uma epidemia concentrada^{37l}, e estima-se haver 830.000 pessoas com HIV, entre as quais 498.000 em uso de TARV^{m38}. Esse número inclui pessoas que iniciaram a TARV quando a diretriz adotada para o início dos antirretrovirais se apoiava no parâmetro clínico do estado imunológico indicado pela contagem de linfócitos T-CD4.

O uso dos medicamentos ARV para pacientes assintomáticos tem sido discutido desde o registro do AZT como medicamento ARV em 1987, quando ainda não se sabia os resultados dos riscos/benefícios do princípio ativo em curto e longo prazos²⁴. Após discussões intensas entre a comunidade científica, no início da década de 90, alguns países europeus restringiam o uso do AZT a pacientes sintomáticos e com CD4 inferior a 200 cel/mm³. Nos EUA, o *National Institutes of Health* (NIH) determinara não indicar o AZT para pacientes assintomáticos com CD4 abaixo de 200 cel/mm²⁴.

No Brasil, até 2013, recomendava-se o tratamento apenas para pessoas que vivem com HIV com contagem menor que 500 células/mm²⁴. Esta diretriz foi alterada em dezembro de 2013, quando o Ministério da Saúde divulgou o novo protocolo clínico que recomenda que a TARV seja oferecida para todas as pessoas com HIV independentemente do seu estado imunológico. O novo protocolo para início de TARV se apoia na estratégia do tratamento como

^l A epidemia concentrada caracteriza-se pela prevalência de infecção pelo HIV maiores que 5% entre populações mais vulneráveis e menores que 1% no conjunto da população (Giana et al., 2012).

^m Utilizamos nesta tese o termo Terapia Antirretroviral e sua sigla TARV como sinônimo de HAART, pois é a atual forma adotada no Brasil pelo D-IST/HIV/AIDS/HV - Ministério da Saúde.

prevenção (“*treatment as prevention – TasP*”), recomendada pela Organização Mundial da Saúde em 2012³⁹ após a divulgação na 19ª Conferência Internacional de Aids, considerando as primeiras evidências científicas de que a utilização precoce da terapia ARV pode ser utilizada como estratégia de prevenção da transmissão do HIV na sociedade⁴⁰ e com benefícios clínicos aos pacientes⁴¹.

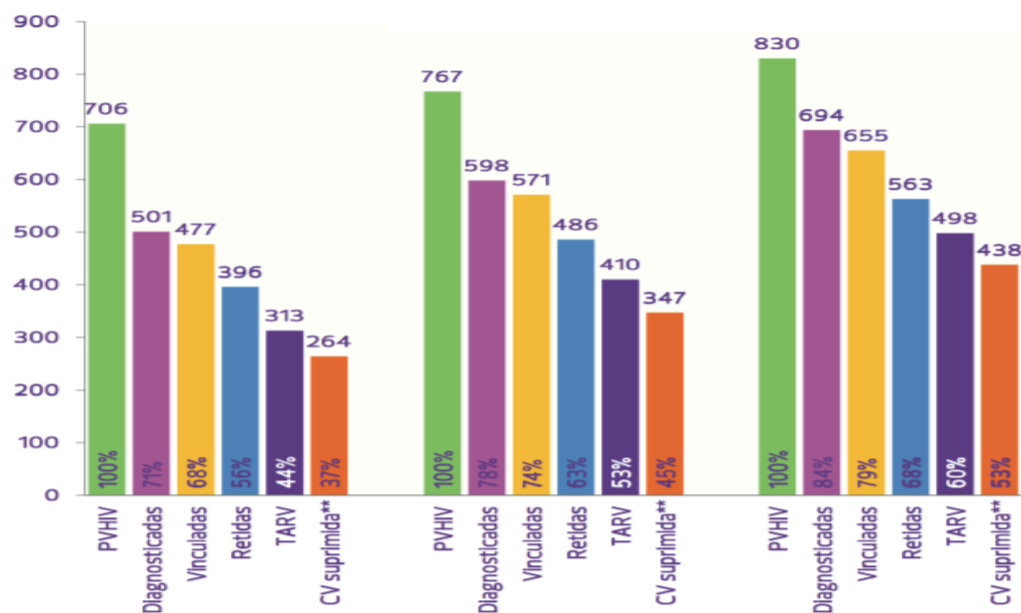
Como resultado dessa estratégia, foi lançada nos Estados Unidos, em 2013, uma ordem executiva que estabeleceu o modelo do Contínuo do Cuidado (*Continuum of Care*), como ferramenta de apoio à integração dos esforços realizados na prevenção e no cuidado em HIV. Essa iniciativa tem como finalidade a promoção e o incentivo à expansão da testagem e do tratamento em HIV por meio da implementação de intervenções - baseadas em evidências - que melhorem os resultados ao longo do contínuo de cuidados em HIV^{42 43}.

O movimento científico e a comunidade internacional consolidaram o contínuo do cuidado em HIV, e reforçaram a preocupação com a utilização das diretrizes programáticas, baseadas em um modelo epidemiológico denominado de “cascata” que estima a proporção de pessoas com HIV “perdidas” em todas as fases do cuidado em aids, desde o diagnóstico, passando pela vinculação ao seguimento no serviço de saúde, início do tratamento e a supressão da carga viral. Propõem, assim, que os programas de aids devem monitorar e apoiar todas as etapas sequenciais após a infecção pelo HIV^{45 44 45 46}.

A partir da adoção da terapia precoce, estima-se que no Brasil a proporção de adultos que iniciaram TARV com CD4 acima de 500 células/mm³ dobrou em um ano, passando de 17% para 37%⁴⁷ em 2014. As novas tecnologias para prevenção e tratamento da aids, sobretudo a estratégia *TasP*, mudaram radicalmente as metas programáticas para o controle da doença. Hoje,

em países como o Brasil, que têm acesso universal ao tratamento ARV, a comunidade global da aids já estabelece metas bem mais ambiciosas: os "90-90-90" para 2020, isto é, 90% de todas as pessoas que vivem com o HIV devem conhecer o seu estado sorológico; dessas, 90% devem estar em TARV; e, dessas, 90% devem atingir supressão virológica ⁴⁸.

Para o Brasil, a estimativa do contínuo do cuidado (Figura 1)⁴⁹ aponta a necessidade de reorganização da rede de serviços com a articulação dos serviços especializados e a atenção primária, para melhorar a oferta de diagnóstico, as ações de promoção e prevenção a grupos mais vulneráveis, a prevenção da transmissão vertical de HIV e sífilis, e outras ações que promovam um seguimento de saúde integral de boa qualidade^{50 51}.



Notas: (*) Proporções calculadas em relação ao número de PVHIV.

(**) Carga viral inferior a 200 cópias/mL.

Figura adaptada a partir da Figura 3 do Relatório de Monitoramento Clínico do Ministério da Saúde.

Figura 1- Contínuo do cuidado em HIV no Brasil – comparação dos dados correspondentes de 2012, 2014 e 2016.

Na cascata brasileira do HIV, entre as etapas das pessoas que vivem com HIV e aquelas diagnosticadas, há uma perda estimada de 16% em 2016. A diminuição dessas perdas ou o aumento do número de diagnósticos depende fortemente da capacidade dos serviços que realizam diagnóstico (atenção básica, CTAs e outros) em ampliar ao máximo a oferta de testagem nos serviços e também através da realização de campanhas que alcancem pessoas em situação mais suscetíveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento pela aids ⁵².

Cabe aos serviços abordar nas atividades de aconselhamento questões relacionadas às formas de transmissão, à vivência da sexualidade, à rede de apoio, aos serviços e a outros temas relevantes como aqueles relacionados à prevenção, para que as pessoas possam transformar preocupações individuais em práticas de prevenção. Atualmente, o SUS dispõe de profilaxias específicas e altamente efetivas de prevenção à infecção, tanto a PEP (profilaxia pós-exposição sexual) quanto a PREP (profilaxia pré-exposição sexual) - essa última em processo de implementação desde 2017- já estão disponíveis em serviços do SUS. Tais tecnologias integram o conjunto de métodos da chamada “prevenção combinada” do SUS, composta ainda pelo uso de preservativos, testagem e tratamento do HIV, diagnóstico e tratamento de IST e técnicas de redução de danos⁵³.

Espera-se que com a implementação da PREP ocorra diminuição de novas infecções pelo HIV entre os grupos mais vulneráveis à infecção^{54 55}, grupos que apresentam as maiores taxas de novos casos diagnosticados. No entanto, é importante ressaltar que a implementação da PREP e da PEP não reduzem a responsabilidade dos serviços de assistência junto a esses grupos,

uma vez que ambas implicam adequado seguimento clínico e laboratorial do paciente e monitoramento da adesão⁵⁶.

A introdução e utilização da PREP é um novo desafio para os serviços de assistência que lidam com velhos desafios de manter os pacientes no seguimento e no tratamento⁵⁷. O problema fica evidente nas perdas que ocorrem após o diagnóstico, nas etapas de retenção e tratamento, onde 79% do total de infectados estiveram, em algum momento, em um serviço público ou privado de saúde. No entanto, apenas 81% dos diagnosticados estão retidos a um serviço de aids, ou seja, em seguimento.

A Figura 1 também permite o cálculo da proporção de pacientes que estão fora da meta 90-90-90. Considerando apenas os pacientes com HIV diagnosticados em 2016, 36,9% deles não atingiam a supressão da carga viral, ou seja, foram “perdidos” no sistema de saúde nas diferentes etapas do contínuo do cuidado, especialmente entre as etapas de diagnóstico e retenção (18,9%) e entre as etapas de retenção e tratamento (11,5%).

Depois de 30 anos de epidemia, o objetivo da resposta à aids continua o mesmo: prevenir a transmissão do HIV. Diferente dos anos iniciais da epidemia, há agora tecnologias que permitem pensar a redução da taxa de mortalidade das pessoas vivendo com HIV e de novas infecções. Apesar disso, a situação epidemiológica do HIV no Brasil ainda é preocupante. A taxa de mortalidade por aids cresceu nos últimos anos, assim como a taxa de incidência entre jovens e populações vulneráveis⁵⁸ ⁵⁹. Essa situação exige, além do investimento necessário no diagnóstico, tratamento ARV precoce, reforço na integração e qualidade dos serviços de acompanhamento de pacientes.

1.4 O Questionário Qualiaids como um componente do programa brasileiro de melhoria da resposta brasileira dos serviços que atendem a pessoas com HIV

A primeira avaliação da qualidade dos serviços de HIV no Brasil foi realizada em 2001/2 com o apoio do programa nacional de aids do Ministério da Saúde. O objetivo dessa pesquisa era caracterizar e avaliar a extensa



rede de serviços brasileiros de assistência a pessoas com HIV. O primeiro passo na construção desta avaliação foi realizar a análise das dimensões (técnicas, organizacionais e comunicacionais) da teoria do programaⁿ. Essa análise evidenciou para os pesquisadores que a assistência a pessoas com HIV/Aids era de fato uma ação programática, porque visava garantir direitos éticos - cidadania e o acesso aos antirretrovirais - por meio de tecnologias como o aconselhamento para a testagem de HIV, atenção multiprofissional, acolhimento de pacientes novos e medidas de apoio à adesão⁶⁰.

Assim, o conceito de qualidade utilizado para estruturar essa avaliação de acordo com Nemes et al (2016):

É de que a qualidade do serviço está fundada na capacidade da organização tecnológica do trabalho de assistência de atender simultaneamente aos princípios e diretrizes clínicas, epidemiológicas e éticas da assistência em HIV/Aids (NEMES et al., 2016, p. 103) ⁶⁰.

Essa capacidade organizacional dos serviços foi avaliada com base em critérios que consideram os diferentes momentos do processo de trabalho nos

ⁿ Rossi et al (2004)ⁿ descrevem a teoria do programa como o conjunto de postulados sobre os quais o programa se relaciona com os benefícios sociais que produz, bem como as estratégias e táticas que o programa adota para alcançar suas metas e objetivos.

serviços. Tal processo compreende desde o desenho operativo geral (organização do fluxograma geral da assistência, modo como são realizadas as abordagens clínicas, condução integrada das atividades de diferentes profissionais, avaliações do processo de trabalho) até o encontro entre o profissional e o sujeito⁷⁶.

A tradução da teoria do programa em indicadores de estrutura e processo ocorreu com a aproximação da equipe de investigadores ao modelo operativo de assistência dos serviços durante a condução de um estudo que construiu indicadores qualitativos sobre a organização da assistência⁶¹. A construção dos indicadores foi guiada por três padrões de classificação dos serviços: a. maioria das características se aproxima do plano propositivo do programa; b. maioria das características se aproxima do perfil tecnológico geral; e c. maioria das características se distancia do plano propositivo do programa⁶⁰.

Essa pesquisa desenvolveu e validou um instrumento de avaliação da qualidade organizacional destes serviços: o *Questionário Qualiaids* (Anexo 1)⁶².

A tradução dos princípios e diretrizes durante o processo de construção e validação do questionário, sucessivamente, em normas, critérios, indicadores e padrões de qualidade gerou uma avaliação do tipo decisão e para a gestão constituída por 107 questões distribuídas em três dimensões teóricas, e destas, 97 indicadores de qualidade distribuídos em 15 domínios (Quadro 1).

Os indicadores estão na forma de questões de múltipla escolha a serem respondidas online pela equipe local do serviço. As respostas são pontuadas em escala de 3 posições, constituindo, assim, indicadores de padrão 0 (insuficiente), 1 (aceitável) e 2 (esperado). Ao final das respostas, o sistema fornece a média geral obtida e confere ao serviço um “grau de qualidade” expresso pela distância

proporcional dessa média em relação ao padrão-esperado correspondente à média 2.

Quadro 1 - Dimensão, domínios e indicadores correspondentes ao Questionário Qualiaids, 2007 e 2010.

Dimensão	Domínio	Quantidade de indicadores
Organização do processo de assistência	Acolhimento	05
	Atividades específicas de adesão	04
	Organização e rotina da assistência da enfermagem	06
	Organização e rotina da assistência de outros profissionais	04
	Organização e rotina da assistência médica	13
	Organização geral do trabalho	05
	Orientações e aconselhamento	05
Gerenciamento técnico do trabalho	Atualização dos profissionais	03
	Comunicação e interação entre serviço, usuários e comunidade	03
	Coordenação do trabalho	10
	Registro, avaliação, monitoramento e planejamento	15
Disponibilidade de recursos	Acesso	04
	Infraestrutura básica	05
	Medicamentos, exames e referência	09
	Recursos humanos	06
Total		97

Outros estudos realizados no Estado de Minas Gerais buscaram estabelecer relações entre características relacionadas aos pacientes e aos serviços que poderiam refletir a interação serviço-usuário e o impacto destas no

desfecho clínico^{63 64}. No entanto, são estudos limitados no tempo e espaço, porque apenas sugerem se o cuidado fornecido foi bom ou não⁷³, sem identificar ações concretas do dia a dia do serviço e que permitem o monitoramento da qualidade organizacional, como propõe o Qualiaids.

O Qualiaids é um programa de melhoria da qualidade semelhante aos existentes em países desenvolvidos. Particularmente para o campo da aids, guarda semelhança importante com a iniciativa *HIVQUAL*^{**o} nos Estados Unidos, em que a epidemia de aids tem estrutura epidemiológica parecida com a do Brasil⁶⁵. Esses programas de incremento da qualidade na assistência em aids, assim como aquelas dirigidas a outras doenças, guardam em comum, em todo o mundo, a necessidade de continuidade. Somente mediante a atualização e repetição das avaliações é possível subsidiar as iniciativas de incremento da qualidade em todos os níveis de gestão e gerência dos programas de atenção à saúde. O tratamento científico adequado e detalhado dos resultados das aplicações do instrumento de avaliação Qualiaids em intervalos de tempo busca fortalecer aquela contribuição para o programa de aids no Brasil.

O *Questionário Qualiaids* tem sido utilizado, desde sua construção, em 2001, como ferramenta de gestão pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (D-IST/HIV/AIDS/HV). No ano de 2006 passou por processo de revisão, atualização e adaptação para uso eletrônico online.

^{**o} O HIVQUAL (HQ) é um modelo criado em 1992 no estado de *Nova York* como um programa de qualidade no cuidado em HIV, patrocinado pelo Departamento de Saúde do estado de *Nova York*, Instituto da AIDS e administração de recurso e serviços de saúde (HRSA). O HIVQUAL está implementado em centenas de clínicas nos Estados Unidos e no mundo. Para reforçar a qualidade dos cuidados em HIV em todo o país, o programa realiza assistência técnica e treinamentos a gestores.

O *Questionário Qualiaids* foi aplicado em 2002 em sete Estados brasileiros e nacionalmente em 2007 e 2010⁶². Em 2015, passou por nova atualização e recebeu um sistema que emite os relatórios de forma imediata, e em 2016/2017 foi utilizado em nova aplicação nacional.

Os resultados das aplicações de 2002 e 2007 foram disseminados em oficinas de trabalho com gestores estaduais do programa e divulgados em encontros e artigos científicos^{66 67}. Um estudo para avaliar as características preditoras da qualidade foi realizado em 2009⁶⁸. Os resultados nacionais gerais da aplicação de 2010 foram descritos em relatório técnico à coordenação nacional do programa de aids⁶⁹, mas não foram ainda analisados e publicados. A análise dos dados resultantes das aplicações de 2007 e 2010 constitui o objeto desse projeto.

2 VERTENTES DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

"Evaluation is a very young discipline - although it is a very old practice"^P
Scriven.

No Brasil, condições favoráveis para a institucionalização da área de avaliação em saúde - como a expansão da atenção à saúde e das tecnologias incorporadas e o desenvolvimento de modelos assistenciais diversos nas últimas duas décadas - não foram aproveitadas e, no cenário atual, as avaliações participam de forma incipiente nos processos de decisão dos gestores⁷⁰. A institucionalização da avaliação como uma ferramenta de apoio à gestão nos serviços de saúde é inviabilizada porque requer tempo e recursos⁷¹; contudo, alguns autores acreditam que a avaliação poderá ser reconsiderada como ferramenta norteadora para o investimento público diante de crises econômicas, tal como a atual vivida no contexto brasileiro⁷².

Novaes (2000) divide a avaliação em saúde em três vertentes: a avaliação de programas, a avaliação de tecnologias e a avaliação e garantia de qualidade em serviços, efetivadas a partir de critérios que classificam a avaliação em pesquisa de avaliação, investigação avaliativa, avaliação para decisão e para gestão⁷⁰. Diferente da avaliação de programas e tecnologias, vertentes nas quais a qualidade está implícita nos resultados, na avaliação de serviços, a qualidade se torna o objeto de investigação durante todo o processo avaliativo, e não apenas no processo final de avaliação⁷³.

^P Citado por Scriven, M. (1996). The theory behind practical evaluation. *Evaluation*. 1996; 2(4): 393-404. p.395.

Esse estudo situa-se na vertente da avaliação e garantia de qualidade em serviços, e as avaliações para decisão (produz respostas para aqueles que vivenciam o objeto em questão) e para gestão (busca a melhoria de uma condição dada) se complementam no processo avaliativo. Essa vertente se progrediu junto ao desenvolvimento industrial a partir da década de 1960, período que os serviços considerados de boa qualidade em avaliações começaram a ser vistos como um produto de valor mercadológico nas relações entre os serviços e seus consumidores, principalmente na rede privada de serviços. Contudo, a qualidade também ganhou reconhecimento entre os gestores públicos na busca da garantia dos direitos sociais da população⁷⁰.

Ayres et al (2012) também definem a qualidade como um elemento essencial para a adequada aplicação dos direitos humanos em programas de saúde. Os autores destacam que as instalações em que os serviços são ofertados e os programas devem ter a máxima disponibilidade de recursos disponíveis, acessibilidade aos bens, instalações e serviços sem discriminação, e aceitabilidade para que os bens e serviços sejam apropriados ao atendimento e adequados no enfoque científico e médico e, sobretudo, sejam de ótima qualidade⁷⁴.

No caso dos serviços brasileiros de assistência a pessoas com HIV, objetos deste estudo, a avaliação da qualidade surgiu como um elemento essencial para que os direitos sociais à saúde - previstos na Constituição de 1988⁷⁵ - fossem traduzidos em assistência às pessoas com HIV após a rápida expansão do número de casos e serviços⁷⁶.

Para Nemes (2016), os serviços são de boa qualidade quando têm aporte de recursos adequado e processo de trabalho definido com base em evidências

de melhores práticas assistenciais, geralmente estabelecidas em grupos de consensos de especialistas. A partir dessas características, se pressupõe que não há necessidade do uso de indicadores de resultado nesse tipo de serviço, pois a boa qualidade organizacional é determinante no desfecho clínico e no impacto na transmissão do HIV, ou seja, os pacientes atingem bom resultado clínico pela boa qualidade organizacional do serviço^q.

Esta fala é apoiada pelo referencial teórico de Avedis Donabedian, um dos autores mais reconhecidos no campo da avaliação da qualidade dos serviços de saúde: “[...] that good structure is conducive to good process, and good process is conducive to future health [...]”^r. Donabedian considerava a qualidade, em suas avaliações – a maioria sobre a atenção médica -, como um constructo, avaliado a partir de sete pilares (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade)⁷⁷ capazes de traduzir as dimensões técnicas, organizacionais e comunicacionais da teoria do programa em variáveis de estrutura, processo e resultado⁷⁸.

Para Donabedian, a avaliação da qualidade busca entender a magnitude da distribuição da qualidade e a maneira com que a qualidade é afetada pelas características sociais, organizacionais e dos prestadores e usuários atendidos, e, uma vez que o serviço tem boa estrutura, essa conduz a um bom processo, e o bom processo é fator preditivo para o alcance bons resultados⁷³.

[...] Processo é aquilo que faz com que as condições previstas para que o serviço de

^q Nemes MIB. (Faculdade de Medicina da USP). **Projeto QualiRede: Qualificação da Rede de Cuidados em DST, HIV/aids e Hepatites Virais – em regiões prioritárias dos Estados de Santa Catarina e São Paulo**. (Apresentado na 2ª Reunião do Grupo Técnico do projeto QualiRede DST, HIV e HV; 2016, São Paulo, SP).

^r Citado por Donabedian A. The assessment of technology and quality: a comparative study of certainties and ambiguities. *Intl. J. of Technology Assessment in Health Care*. 1988; 4:487- 496. p.490.

saúde funcione se concretize em interação. Na medida que a interação produz algo no sujeito ou na comunidade que extrapola a ação movida pelo serviço, ela representa o dado mais concreto de que a direção para o resultado esperado está sendo seguida [...]»^s

Tanaka OY, 2017.

Nemes aponta que as avaliações são conduzidas para avaliar se uma intervenção^t funciona, produzindo os resultados e impactos esperado. No entanto, os diferentes fatores que podem estar envolvidos no alcance de melhores resultados impõem dificuldades para o avaliador afirmar que os resultados são provenientes da intervenção avaliada. Avaliações realizadas a partir da abordagem avaliativa Donabediana oferecem essa potencialidade de se atribuir o resultado à intervenção com mais segurança, porque procuram identificar todas as relações entre as variáveis de estrutura, processo e resultado²⁹.

^s Citado por Tanaka OY. Avaliação em saúde: Novos Tempos, Novas Construções. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, de Almeida CAL. Avaliação em saúde – Contribuições para Incorporação no cotidiano. Atheneu. Rio de Janeiro (RJ): 2017. p.2.

^t Para Contandriopoulos et al (2000)^t: “a intervenção é uma ação que objetiva em determinado ambiente, durante um período de tempo, modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática”. Todas as intervenções têm por objetivo explicitar a teoria do programa.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar os serviços de assistência ambulatorial a adultos vivendo com aids do Sistema Único de Saúde do Brasil.

3.2 Objetivos Específicos

Descrever e comparar as características de porte, perfil assistencial e ações realizadas nos anos de 2007 e 2010 do conjunto de serviços que participou das duas avaliações.

Comparar a qualidade organizacional do conjunto de serviços que participou das duas avaliações.

Identificar os fatores associados às mudanças na qualidade dos serviços.

4 MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa epidemiológica para a gestão, baseada em dados obtidos por meio das aplicações de 2007 e 2010 do *Questionário Qualiaids* em serviços do SUS que atendem, em nível ambulatorial, pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil.

Nas duas aplicações, todos os serviços cadastrados no Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde no Brasil foram convidados a responder o *Questionário Qualiaids*.

4.1 O Questionário Qualiaids

O *Questionário Qualiaids* foi desenvolvido e testado em 2000 em estudo conduzido em 27 serviços de diferentes perfis assistenciais do estado de São Paulo⁷⁹, por meio de parceria entre a equipe Qualiaids e a coordenação do Programa



Nacional de Aids (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde). Na 1ª aplicação, entre 2001/2002, foram convidados apenas os serviços de sete Estados e a resposta foi impressa e enviada pelo correio. Já em 2006, o questionário foi adaptado para resposta em um sistema online, utilizado nas aplicações de 2007 e 2010.

O *Questionário Qualiaids* contém 107 questões, das quais 10 são apenas descritivas e as demais geram 97 indicadores reunidos em três dimensões: organização do processo de assistência, gerenciamento técnico do trabalho e disponibilidade de recursos. Para cada dimensão, os indicadores estão

organizados em domínios que, embora interdependentes, guardam homogeneidade interna aceitável que possibilita analisá-los separadamente²³ (Quadro 2).

Quadro 2 Descrição dos indicadores do Questionário Qualiaids segundo domínio.

Domínio	Descrição dos indicadores que compõem o domínio
D ₁ Acesso	Horário de funcionamento do serviço (n=2); Horários de agendamento (n=1); Coleta de exames em serviços da rede (n=1).
D ₂ Acolhimento	Primeiro atendimento: prontidão e resolutividade (n=5)
D ₃ Atividades específicas de adesão	Adesão: rotinas e orientações para o uso de antirretrovirais (n=2); Medicação fora de rotina (n=2).
D ₄ Atualização dos profissionais	Capacitação e experiência dos profissionais (n=2); Acesso a textos e materiais de consulta (n=1).
D ₅ Comunicação e interação entre serviço, usuários e comunidade	Participação institucional dos usuários e interação serviço-comunidade (n=3).
D ₆ Coordenação do trabalho	Reuniões de equipe (n=4); Coordenação técnica e administrativa (n=3); Suporte e supervisão aos profissionais (n=2), Resolução de problemas e dificuldades (n=1).
D ₇ Infraestrutura básica	Estrutura física e biossegurança (n=5)
D ₈ Medicamentos, exames e referência	Medicamentos específicos: ARV e para infecções oportunistas (n=3), Modalidades assistenciais e especialistas (n=2), Exames laboratoriais e de imagem. Concentração de exames de CD4 e carga viral (n=4).
D ₉ Organização e rotina da assistência da enfermagem	Atendimentos de enfermagem (n=4); Atividades do enfermeiro (n=1); Rotina do atendimento do enfermeiro (n=1).
D ₁₀ Organização e rotina da assistência de outros profissionais	Atendimento odontológico: acesso e organização (n=1); Rotina do atendimento do psicólogo (n=1); Rotina do atendimento do assistente social (n=1); Rotina do atendimento do farmacêutico (n=1).
D ₁₁ Organização e rotina da assistência da assistência médica	Tempo das consultas médicas (n=4); Vínculo (n=1); Trabalho do médico ginecologista (n=1); Trabalho dos médicos infectologistas e clínicos (n=1); Intervalo entre consultas médicas (n=3); Atendimento médico para não agendados ("extras") (n=3).
D ₁₂ Organização geral do trabalho	Convocação de faltosos (n=2), Padronizações de condutas (n=2); Fluxo de encaminhamento entre os profissionais (n=1).
D ₁₃ Orientações e aconselhamento	Aconselhamento pré e pós-teste (n=2); Atividades em sala de espera (n=1); Direitos reprodutivos (n=1); Orientação sobre o uso dos antirretrovirais (n=1).
D ₁₄ Recursos humanos	Formação da equipe médica (n=1); Capacitação e experiência dos infectologistas e clínicos (n=1); Número de médicos (infectologistas/ clínicos) (n=1); Número de profissionais não médicos (n=1); Perfil e formação dos gerentes (n=2).
D ₁₅ Registro, avaliação, monitoramento e planejamento	Prontuários: arquivo e registros de atendimentos (n=2); Registro rotineiro de dados e avaliações (n=1); Prontuários padronizados (n=2); Vigilância epidemiológica: notificação compulsória (n=1); Critério de abandono (n=1); Registro e controle de óbitos (n=2); Controle e distribuição dos antirretrovirais (n=1), Planejamento de atividades (n=3); Registro rotineiro de dados e avaliações (n=2).
Total	N=97

Os indicadores são gerados mediante a classificação de 0, 1 ou 2 das respostas a questões de múltiplas alternativas, correspondente aos padrões do indicador: esperado (padrão 2), aceitável (padrão 1) e padrão insuficiente (0).

A classificação ocorre dos seguintes modos: simples (pontua-se a resposta à questão na qual se pode assinalar apenas uma alternativa), somatória (pontua-se a somatória - entre 0 e 2- das respostas a questão na qual se pode assinalar uma ou mais alternativas).

Assim, por exemplo, na questão de pontuação simples *“Para as mulheres, qual a forma predominante ao atendimento médico ginecológico nesse serviço?”*, a resposta *“Agendamento de avaliação periódica mesmo na ausência de queixas”* corresponde ao padrão esperado, enquanto a resposta *“Enquanto as alternativas que relatam que o agendamento é feito conforme demanda ou queixas”* corresponde ao padrão aceitável, e *“não disponibilidade de atendimento ginecológico”* corresponde ao padrão insuficiente ²¹.

Já na questão de pontuação somatória, *“Quando um paciente apresenta dificuldades no tratamento com antirretroviral:”*, todas as alternativas de resposta (*“O retorno é realizado em intervalos menores”*, *“O paciente é encaminhado para grupos de adesão”*, *“O paciente é encaminhado para orientação individual com profissional de nível superior”*, *“Há mudança de esquema terapêutico, se possível”*, *“Há reforço da importância da adesão nas consultas médicas”*) recebem valor 0,4. Ao assinalar quatro alternativas, o serviço soma 1,6 e pontua o padrão esperado (2). Para definir a pontuação final, o valor total da soma (diferente em cada questão) é classificado em 3 faixas, definidas por um percentual (fixo) da somatória total das alternativas.

A pontuação do conjunto dos indicadores gera uma média geral, que confere ao serviço um grau de qualidade expresso pela distância proporcional desta média em relação ao padrão esperado correspondente à média 2. Essa média, expressa em um número de 0 a 2, bem como em porcentagem do padrão esperado, é gerada automaticamente pelo sistema para o serviço imediatamente após a resposta completa ao questionário (apenas nas versões 2007 e 2010: em 2002, as médias foram enviadas a cada serviço).

Disponibilizado aos serviços a partir da avaliação de 2007, o *Guia Qualiaids: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em aids no SUS* possibilita que os serviços tenham acesso às recomendações de boas práticas referentes às dimensões da assistência abordadas na avaliação, de modo a esclarecer o critério de qualidade que guiou a construção e classificação (pontuação) de cada questão.

4.2 A participação dos serviços e bases de dados

O questionário foi respondido por gestores e equipe do serviço. A resposta dos serviços foi online, por meio de login e senha. As respostas geraram bancos de dados organizados em duas partes: a. segundo a resposta a cada uma das alternativas das 107 questões; b. segundo a pontuação de valor 0-1-2 obtida para as questões que se constituem em indicadores de qualidade.

Atenderam ao convite e acessaram o sistema respondendo a pelo menos uma questão do questionário 504 serviços em 2007 (79,25% dos cadastrados); 659 serviços em 2010 (92,6% dos cadastrados).

4.3 Análise

Foram calculadas as porcentagens de serviços segundo as respostas dadas pelo conjunto de respondentes que participou de ambas as avaliações em 2007 e 2010. Foram excluídos da análise os serviços que não responderam às duas aplicações.

4.3.1 Perfil geral dos serviços que assistem pessoas com HIV

a.1) Perfil institucional: foram calculadas as frequências de serviços segundo as respostas às questões sobre: tipo de vínculo ao SUS (instituição gestora de nível federal, estadual, municipal, universitário, ONG, misto); arranjo organizacional (serviço exclusivo para aids e DST, ambulatório de hospital geral ou de doenças infecciosas, unidade básica de saúde, outros); período da semana aberto ao público (até 5 dias, mais de 5 dias por semana); porte do serviço (número de pacientes em TARV); e porte do município (pequeno, médio ou grande).

a.2) Perfil de desempenho: foram calculadas as frequências das respostas do conjunto dos serviços às questões sobre as dimensões avaliativas: organização do processo de assistência, disponibilidade de recursos e gerenciamento técnico do Trabalho nos dois períodos, cuja evolução foi analisada mediante a variação percentual. Por tratar-se do universo dos serviços respondentes, a análise foi realizada por meio da comparação das porcentagens obtidas em 2007 e 2010. Para maior clareza, calcularam-se as variações percentuais (VP) observadas entre as duas aplicações ($P_{2010} (\% 2010) - P_{2007} (\% 2007) / P_{2007} * 100$), expressas com até uma casa decimal. Destacam-se as VP positivas ou negativas iguais ou maiores que 10%.

4.3.2. Análise do incremento da qualidade dos serviços de HIV/Aids no Brasil de 2007 para 2010

b.1) Análise da tendência da qualidade entre 2007 e 2010: a partir da avaliação da distribuição das médias com o teste Shapiro-Wilk, determinaram-se os testes utilizados na avaliação do incremento da qualidade. A diferença entre as médias de domínios e dimensões da qualidade obtidas em 2007 e 2010 foram avaliadas pelo teste de Wilcoxon pareado quando a distribuição se apresentou anormal, e t-student pareado com nível de significância de 0,05 quando a distribuição era normal.

4.3.3 Análise dos fatores preditores da qualidade

c.1) Determinação dos grupos de qualidade: os serviços foram distribuídos em clusters de acordo com as K-médias obtidas para cada um dos indicadores de qualidade e para cada uma das aplicações.

c.2) Fatores independentes preditores da qualidade em 2007 e 2010: a partir da distribuição dos grupos de qualidade, analisou-se quais variáveis independentes são preditoras da qualidade para cada aplicação. As características do perfil institucional dos serviços foram consideradas como potenciais preditores do serviço a pertencer ao grupo de melhor qualidade. Para avaliar quais são as variáveis preditoras da qualidade, os serviços foram distribuídos em dois grupos em cada aplicação do questionário. O primeiro foi formado pelos serviços do melhor grupo de qualidade na análise de K-médias, e o segundo agrupou todos os serviços que não fizeram parte do melhor grupo. Odds ratios e intervalo de confiança foram estimados para cada variável. A importância das variáveis removidas foi testada através do teste de verossimilhança.

4.3.4 Análise da qualidade dos serviços que obtiveram o melhor desempenho nas duas aplicações em relação aos demais

d.1) Determinação do grupo de melhores serviços: a partir dos clusters formados na análise de K-media, foram identificados os serviços que permaneceram no melhor cluster de qualidade nas duas aplicações. Esses serviços compuseram o melhor grupo de qualidade.

d.2) Avaliação de desempenho do melhor grupo de qualidade: o desempenho dos grupos nas dimensões e indicadores do questionário entre 2007 e 2010 foi comparado por meio do teste de *Wilcoxon*. O teste de Mann-Whitney com nível de significância de 0,05 foi utilizado para identificar em quais indicadores os serviços do melhor grupo obtiveram melhor desempenho quando comparados aos serviços de pior desempenho.

4.4 Software utilizado

Todas as análises foram realizadas com o software STATA® IC versão 12.

4.5 Aspectos éticos

Esse projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo 2). Dessa forma, todas as etapas de pesquisa desenvolvidas no âmbito da pesquisa Qualiaids encontram-se em conformidade com as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde).

O estudo utiliza bancos de dados resultantes das aplicações do Questionário Qualiaids - Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS. A participação dos serviços se deu por adesão.

Nas duas aplicações, os bancos de dados foram organizados pela Equipe de Pesquisa Qualiaids e compartilhados, segundo abrangência, com a coordenação nacional do programa de aids (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde) e as 27 coordenações estaduais.

PARTE II

5 RESULTADOS

5.1 Perfil geral dos serviços que assistem pessoas com HIV.

Em 2007, responderam ao questionário 504 (79,2%) serviços do universo de 636 cadastrados no Ministério da Saúde e, em 2010, 659 (92,6%) de 712 serviços cadastrados. Fizeram parte da amostra deste estudo, os 419 serviços que responderam às duas aplicações do questionário. O perfil institucional do conjunto de serviços é apresentado na Tabela 1.

O perfil institucional dos serviços não se alterou entre as duas aplicações. Em 2010, a maioria dos serviços continuou sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (81,6%). Os serviços de assistência a várias especialidades também se mantiveram como maioria (41,3%), assim como aqueles que se mantêm abertos ao público por um período igual ou maior a cinco dias (86,4%), apresentam porte médio (39,1%), e estão alocados em municípios de médio porte (56,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV que responderam ao Questionário Qualiaids em 2007 e 2010 segundo características que compõem o perfil geral dos serviços. N=419.

Variável	2007	%	2010	%
Instituição Gestora				
Secretaria de Estado da Saúde	42	10	37	8,8
Secretaria Municipal de Saúde	326	77,8	342	81,6
Universidade Pública	17	4,1	19	4,5
Universidade Privada	1	0,2	2	0,5
Ministério da Saúde	3	0,7	3	0,7
Consórcio intermunicipal	7	1,7	7	1,7
Outros	7	1,7	7	1,7
Missing	16	3,8	2	0,5
Arranjo organizacional				
Ambulatório de assistência a várias especialidades	153	36,5	173	41,3
Ambulatório de assistência especializada à PVHIV	139	33,2	153	36,5
Ambulatório vinculado a Hospital	39	9,3	37	8,8
Unidade Básica de Saúde	67	16	52	12,4
Missing	21	5	4	1
Período da semana aberto ao público				
< 5 dias	60	14,3	54	12,9
>= 5 dias	353	84,3	362	86,4
Missing	6	1,4	3	0,7
Porte do serviço				
Pequeno (<100)	143	34,1	111	26,5
Médio (100-500)	153	36,5	164	39,1
Grande (>500)	116	27,7	132	31,5
Missing	7	1,7	12	2,9
Porte do município *				
Pequeno (< 50.000)	75	17,9	75	17,9
Médio (50.000 a 500.000)	235	56,1	235	56,1
Grande (> 500.000)	109	26	109	26
Total	419	100	419	100

* Utilizou-se a população dos municípios informada no Censo 2010 do IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>

Domínio Disponibilidade de Recursos

Em ambas as aplicações, todos os serviços relatam contar com pelo menos um médico responsável pelo seguimento em HIV. Quanto aos demais profissionais de nível superior, que atendem apenas HIV/Aids, mantiveram-se as proporções de serviços com pelo menos um assistente social (2007=38,4; 2010=39,5), um dentista (2007=23,6%; 2010=22,9%) e um psicólogo

(2007=51,1%; 2010=55,5%). O número de enfermeiros (2007=54,4%; 2010=61,6%; VP=13,2%) e farmacêuticos (2007=31,1%; 2010=37,1%; VP=18,7%) cresceu no período.

A disponibilidade contínua, sem nenhuma falha de medicamentos antirretrovirais, manteve-se em torno de 75% dos serviços para as combinações mais utilizadas, entre as 23 combinações pesquisadas, disponibilizadas pelo Ministério da Saúde⁸⁰. Falhas de suprimento acima de 15 dias foram relatadas, em ambas as aplicações, apenas para medicamentos menos utilizados, como Abacavir 300mg, Estavudina 30mg e AZT injetável.

A falta de medicamentos utilizados na profilaxia ou tratamento de infecções oportunistas por mais de 15 dias se manteve para os medicamentos sulfadiazina (2007=11,9%; 2010=11,9%), cetoconazol (2007=11,5%; 2010=12,6%), fluconazol (2007=15%; 2010=14,1%), azitromicina (2007=9,3%; 2010=8,8%), Sulfametoxazol-Trimetoprim (2007=7,2%; 2010=7,9%), tornando-se mais acentuada para os medicamentos dapsona (2007=11,5%; 2010=4,6%; VP=27%), aciclovir (2007=16%; 2010=20,3%; VP=26,9%) e pirimetamina (2007= 11%; 2010= 16,5%; VP=50%).

A entrega em até 15 dias do resultado de exames complementares específicos permanece abaixo de 50%, apesar de ter crescido no período (CD4 - 2007=29,6%; 2010= 35,1%; VP=18,6%) (Carga Viral - 2007=19,5%; 2010=24,8%; VP=27,2%).

A maioria dos serviços permanece com disponibilidade de resultado em 15 dias para exames bioquímicos e de imagem simples, tais como hemograma (2007=80,4%; 2010=80%), transaminases (2007=77,8%;2010=78,3%), raio-x de tórax (2007=84%; 2010=82,8%), e raio-x de seios da face (2007=80,9%;

2010=80,7%) contrastando com os exames de imagem mais complexos (Tabela 2).

O agendamento para médicos especialistas em até 15 dias apresenta VP negativas maiores do que 10% para várias especialidades, à exceção dos ginecologistas (Tabela 2). Apesar da alta disponibilidade de médicos ginecologistas, manteve-se (2007=33,4%; 2010=31,6%) o número de serviços que realiza o agendamento de rotina na ginecologia, independentemente de queixas.

Tabela 2 - Serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo respostas a indicadores da dimensão disponibilidade de recursos. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Disponibilidade de Recursos	2007		2010		VP
	n	%	n	%	
Acessibilidade					
Atende 8h por dia	244	58,2	263	62,8	7,9
Atende 12h ou mais horas por dia	90	21,5	94	22,4	4,2
Disponibilidade de exames/ano					
3 ou + contagens de Linfócitos T-CD4 por paciente	315	75,2	349	83,3	10,8
3 ou + contagens de Carga Viral por paciente	299	71,4	338	80,7	35,9
Disponibilidade de resultados de exames/até 15 dias					
Endoscopia Digestiva Alta	142	33,9	141	33,7	-0,2
Tomografia	82	19,6	105	25,1	28,5
Colonoscopia	155	37,0	151	36,0	-2,7
Agendamento para especialidades médicas em até 15 dias					
Ginecologia	318	75,9	301	71,8	-5,4
Psiquiatria	168	40,1	128	30,5	-23,9
Neurologia	110	26,3	82	19,6	-25,5
Proctologia	85	20,3	62	14,8	-27,1
Cardiologia	157	37,5	131	31,3	-16,5
Oftalmologia	145	34,6	116	27,7	-19,9
Cirurgia Geral	118	28,2	103	24,6	-12,8
Agendamentos para outros profissionais em até 15 dias					
Odontologia	277	66,1	271	64,7	-2,1
Psicologia	329	78,5	323	77,1	-1,8
Serviço Social	367	87,6	372	88,8	1,4

Domínio Organização do Processo da Assistência

Quando as pessoas que vivem com HIV recém-diagnosticadas procuram o serviço de saúde pela primeira vez, são majoritariamente atendidas por profissionais de nível universitário não-médico (2007=72,8%; 2010=60,2%; VP=-17,3%). Nesta etapa de vinculação do paciente ao serviço, sua consulta médica ocorre em até uma semana em menos da metade dos serviços (Figura 5). Manteve-se também a proporção de serviços em que a consulta para pacientes recém-diagnosticados tem duração de 45 minutos ou mais (2007=41,3%; 2010=44,9%).

Após a etapa de vinculação, quando o paciente já está retido no serviço, em metade dos serviços a consulta médica de seguimento dura 30 minutos ou mais (2007=47,4%; 2010=49,6%). Quando os pacientes que não estão agendados procuram o serviço, sempre são atendidos em pouco mais que a metade dos serviços (2007=59,9%; 2010=52%; VP=-13,2%). Quando os pacientes faltam ao atendimento agendado, menos que 30% dos serviços convocam todos os faltosos (2007=26,3%; 2010=27,7%), metade dos serviços convocam os casos que apresentam exames alterados (2007=47,7%; 2010=53,2%; VP=11,5%), e os casos de maior gravidade clínica (2007=48%; 2010= 55,1%; VP=14,8%).

Para os pacientes que buscam o serviço sem agendamento, em 41,3% (2007= 35,3%; 2010= 41,3%; VP= 17%) há reserva de vagas na agenda dos médicos para esse tipo de atendimento, e em 52% (2007= 59,9%; 2010= 52%; VP= -13,2%) os pacientes são sempre atendidos, independentemente da existência de vagas na agenda.

As principais atividades de monitoramento da adesão ao tratamento permanecem predominantemente centradas no profissional médico, por meio de questionamentos sobre o uso correto do medicamento (2007=79,7%; 2010=83,8%) e dificuldades com efeitos colaterais e posologia durante a consulta médica (2007=86,2%; 2010=88,1%).

Quando se identificam pacientes com dificuldades, a maioria dos serviços relata agendar consultas médicas de retorno em intervalos menores (2007=88,5%; 2010=90,7%), reforço da adesão às consultas (2007=76,6%; 2010=81,1%) e orientação individual realizada por outros profissionais de nível superior (2007=70,4%; 2010= 70,9%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo atividades de apoio a adesão ao tratamento. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Organização do processo de assistência	2007		2010		VP
	n	%	n	%	
Se o paciente ficar sem medicação por razões imprevistas, é atendido em consulta extra	211	50,4	190	45,3	-10,1
No início da TARV, o paciente realiza retorno com profissional de nível superior em até 15 dias	265	63,3	270	64,5	1,9
Quando o intervalo entre as consultas é maior de 30 dias, o paciente:					
Passa por consulta com enfermeiro ou farmacêutico e, após orientações, retira a medicação previamente prescrita	116	27,7	103	24,6	-11,2
Se estiver estável, leva a medicação para 60 dias	116	27,7	136	32,5	17,3
Quando um paciente apresenta dificuldades no tratamento com ARV:					
É encaminhado para grupos de adesão	116	27,7	111	26,5	-4,3
Se possível, tem mudança de esquema terapêutico	241	57,5	261	62,3	8,3

Domínio Gerenciamento Técnico do Trabalho

Além dos fluxogramas assistenciais, a manutenção de registros necessários para o controle e supervisão dos processos e resultados do trabalho

são de responsabilidade da gerência. Nesse aspecto, houve aumento no número de serviços que realizam o registro de faltas por paciente (2007=25,8%; 2010=35,3%; VP= 36,8%) em consulta médica (Tabela 4).

Tabela 4 - Serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo respostas a indicadores da dimensão de gerenciamento técnico do trabalho. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Gerenciamento técnico do trabalho	2007		2010		VP
	n	%	n	%	
Registro sistemático de informações					
Faltas em consulta médica	158	37,7	192	45,8	21,5
Faltas por paciente em consulta médica	108	25,8	148	35,3	36,8
Pacientes com coinfeção por tuberculose	258	61,6	192	45,8	-25,6
Óbitos	310	74	155	37	-50
Pacientes por esquema terapêutico com ARV	250	59,7	89	21,2	-64,5
Uso do prontuário					
Utilizado por todos os setores de assistência*	160	38,2	181	43,2	13,1
Atendimentos médicos e de outros profissionais de nível superior são registrados no mesmo prontuário	349	83,3	369	88,1	5,8
Os registros médicos são realizados em campos padronizados em todas as consultas	213	50,8	219	52,3	3,0
Responsável pelo preenchimento das fichas de notificação epidemiológicas					
O médico preenche a parte clínica e outro profissional preenche o restante	132	31,5	104	24,8	-21,3

*refere-se ao uso do prontuário em serviços com diversos setores de atendimento como, por exemplo, hospitais com vários ambulatórios.

Ainda em relação à gerência, permanece abaixo de 50%, apesar de ter crescido no período, a proporção de serviços que conduzem reuniões sistemáticas (2007=27,3%; 2010=32,7%; VP=19,8%) para discussão de casos e condutas clínicas; reuniões de trabalho com periodicidade definida são realizadas com mais frequência (2007= 36,6%; 2010= 43,5%; VP=18,9%).

Entre as dificuldades gerenciais relatadas, mantiveram-se as proporções de serviços que relatam dificuldades na contratação de profissionais de nível superior (2007=57%; 2010=58,5%) e no encaminhamento para especialidades (2007=58,5%; 2010=58,2%). Por outro lado, houve queda no número de serviços que relatam ter dificuldades com vagas para internação (2007=44,9%; 2010=38,2%; VP=- 14,9%).

5.2 Análise do incremento da qualidade dos serviços de HIV/Aids no

Brasil de 2007 para 2010

Na análise com o teste de Shapiro-Wilk, apenas as dimensões de assistência e gerência mostraram distribuição anormal (Tabela 5).

Tabela 5 - Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo dimensões do Questionário Qualiaids e teste de normalidade. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Dimensão	2007		p*	2010		p*
	Média	DP		Média	DP	
Assistência	1,26	0,2	0,6254	1,29	0,23	<0,05
Gerência	1,2	0,3	<0,05	1,21	0,3	<0,05
Recurso	1,28	0,2	0,6708	1,34	0,22	0,4648
Média Geral	1,27	0,2	0,3301	1,28	0,21	0,1688

* Teste de Shapiro-Wilk

Na análise de tendência da qualidade, segundo dimensões do questionário Qualiaids, observou-se o desempenho do conjunto de serviços segundo a média geral e sobre as três dimensões avaliadas. As dimensões Assistência e Recurso apresentaram diferença estatisticamente significativa no desempenho entre os dois anos de aplicação do questionário (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise de tendência da qualidade dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo dimensões do questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N= 419.

Dimensão	2007			2010			p
	Média	DP	% do padrão esperado	Média	DP	% do padrão esperado	
Assistência*	1,26	0,2	63	1,29	0,23	64,5	<0,05
Gerência*	1,2	0,3	60	1,21	0,3	60,5	0,4731
Recurso**	1,28	0,2	64	1,34	0,22	67	<0,001
Média Geral**	1,27	0,2	63,5	1,28	0,21	64	0,8801

* Teste de Wilcoxon. **Teste de t-student pareado.

FONTE: Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

Na dimensão disponibilidade de recursos, dentro do domínio infraestrutura básica (Tabela 7), o conjunto obteve melhora significativa na disponibilidade de salas para atendimento, na atenção aos funcionários que sofrem acidentes com materiais biológicos e na preparação dos funcionários para acondicionar resíduos contaminados.

Tabela 7 - Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio infraestrutura básica e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Indicador	2007	DP	2010	DP	p*
R10 Disponibilidade de salas para atendimento	1,07	1	1,61	0,65	<0,001
R11 Acessibilidade	1,36	0,6	1,36	0,6	1
R81 Fluxo de atendimento ao funcionário em caso de acidente com material biológico	1,81	0,6	1,9	0,38	<0,05
R82 Treinamento dos profissionais frente a situações de exposição ocupacional	1,49	0,9	1,57	0,81	0,0764
R83 Treinamento dos profissionais para acondicionamento de resíduos contaminados	1,5	0,8	1,58	0,71	<0,05

* Teste t-student pareado.

FONTE: Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

Os serviços apresentaram pior desempenho no indicador que avalia o tempo entre a prescrição do primeiro ARV a pacientes novos e a dispensação. A disponibilidade de antirretrovirais, exames de CD4 e carga viral e exames iniciais e de seguimento melhorou, mas, ainda assim, para os exames de seguimento, os serviços não alcançam 50% do padrão esperado^u (Tabela 8 – indicador R76). Fato que também ocorre com a disponibilidade de modalidades assistenciais (centro de testagem e aconselhamento, atendimento domiciliar terapêutico, hospital dia, internação convencional e pronto-socorro 24h) (Tabela 8 – indicador R74). Ambos são indicadores da capacidade organizacional do serviço para o trabalho em rede.

Tabela 8 - Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio medicamentos, exames e referência e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Indicador	2007	DP	2010	DP	p*
R69 Tempo de dispensação do ARV após a primeira prescrição	1,51	0,8	1,66	0,65	<0,001
R67 Disponibilidade de medicamentos para profilaxia primária de infecções oportunistas	1,39	0,7	1,41	0,69	0,6115
R72 Disponibilidade de antirretrovirais	1,43	0,8	1,3	0,89	<0,05
R74 Trabalho em rede: disponibilidade das modalidades assistenciais	1,01	0,7	0,99	0,72	0,5852
R75 Fluxo da coleta de exames	1,08	0,7	1,05	0,73	0,4802
R76 Trabalho em rede: disponibilidade dos exames de avaliação inicial e seguimento	0,55	0,7	0,74	0,76	<0,001
R77 Trabalho em rede: disponibilidade de exames para diagnóstico e seguimento de intercorrências e comorbidades	1,32	0,7	1,34	0,72	0,5719
R78 Disponibilidade de exames de CD4	1,71	0,6	1,8	0,46	<0,05
R79 Disponibilidade de exames de CV	1,64	0,6	1,75	0,54	<0,05
R80 Trabalho em rede: disponibilidade de médicos especialistas e outros profissionais	1,32	0,8	1,24	0,75	0,0659

* Teste t-student pareado. FONTE: Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

^u PE – Padrão esperado: % do padrão máximo (2) que pode ser alcançado pelos serviços.

Com exceção da carga horária semanal dos médicos responsáveis pelo seguimento, cujo desempenho dos serviços foi pior em 2010 (Tabela 9 – Indicador R15), os serviços tiveram melhor desempenho na experiência dos profissionais médicos, avaliada pelo tempo médio de experiência em HIV/Aids. Apesar de não alcançar 50% do padrão esperado, a formação do responsável técnico também obteve melhora significativa (Tabela 9 – Indicador R89).

Tabela 9 - Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio recursos humanos e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N= 419.

Indicador	2007	DP	2010	DP	p*
R14 Experiência dos médicos responsáveis pelo seguimento	1,35	0,7	1,47	0,6	<0,05
R89 Formação do responsável técnico	0,83	0,9	0,93	0,83	<0,05
R92 Experiência do responsável técnico em atividades de coordenação	1,44	0,7	1,42	0,65	0,6861
R15 Carga horária semanal dos médicos responsáveis pelo seguimento	0,9	0,8	0,68	0,9	<0,001
R16 Disponibilidade de profissionais da equipe mínima	1,74	0,6	1,76	0,6	0,7277

* Teste t-student pareado. FONTE: Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

Na dimensão assistência, entre as atividades do domínio acolhimento, os serviços obtiveram melhora significativa na realização de um conjunto de atividades realizadas no primeiro atendimento, que envolvem a avaliação da gravidade clínica, solicitação de exames, investigação da categoria de exposição, e na prontidão e disponibilidade de profissionais qualificados para realizarem o primeiro atendimento (Tabela 10 – indicadores A27 e A26). Contudo, o conjunto obteve pior desempenho no indicador que diz respeito às formas de encaminhamento (verbalmente, com guia/carta sem contato prévio a outro serviço, com guia/carta com contato prévio) dos pacientes não-matriculados (Tabela 10 – indicador A28).

Tabela 10 - Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio acolhimento e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Indicador	2007	DP	2010	DP	p*
A26 Prontidão e qualificação do profissional que realiza o primeiro atendimento	1,43	0,72	1,52	0,77	<0,05
A27 Atividades realizadas no primeiro atendimento	1,6	0,69	1,69	0,63	<0,05
A28 Formas de encaminhamento dos pacientes não-matriculados	1,83	0,39	0,55	0,84	<0,001
A29 Agendamento da consulta de retorno	1,87	0,49	1,88	0,47	0,6310
A30 Tempo de espera para a primeira consulta médica	1,5	0,63	1,48	0,64	0,6780

* Teste de Wilcoxon.

FONTE: Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

Os serviços apresentaram melhor desempenho nas atividades realizadas na pré-consulta (verificação de queixas e adesão aos ARV, entrega de preservativos) e nas atividades de rotina realizadas pelo enfermeiro tanto na rotina do serviço (supervisão de equipe, acolhimento de casos novos, realização de grupos de adesão, entre outras) quanto em atividades da consulta de enfermagem (Tabela 11 – indicadores A32, A61 e A62). Já as atividades realizadas pelos técnicos de enfermagem não apresentaram diferença, e permaneceram com o padrão esperado menor que 50% (Tabela 11 – indicador A60).

Tabela 11 - Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio organização geral e rotina da assistência da enfermagem e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Indicador	2007	DP	2010	DP	p*
A31 Atendimento por enfermeiro ou técnico antes da consulta marcada	0,94	0,77	1	0,76	0,1160
A32 Atividades realizadas na pré-consulta	1	0,93	1,19	0,90	<0,05
A52 Atividades realizadas na pós-consulta	1,21	0,86	1,29	0,83	0,1124
A60 Atividades de rotina realizadas pelo técnico de enfermagem	0,92	0,80	1	0,79	0,0596
A61 Atividades de rotina realizadas pelo enfermeiro	0,97	0,77	1,1	0,75	<0,05
A62 Atividades realizadas pelo enfermeiro na consulta individual	1,37	0,86	1,54	0,77	<0,001

* Teste de Wilcoxon.

FONTE: Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

Os serviços não apresentaram diferença significativa entre as duas aplicações nos indicadores que avaliam a realização de atividades de monitoramento, identificação e apoio a casos de não-adesão (Tabela 12). No indicador que avalia a realização de atividades de apoio a adesão e que compreende o encaminhamento de pacientes com dificuldades para inserção em grupos, a organização dos retornos do paciente em intervalos menores e orientação individual, os serviços alcançaram um padrão esperado de 71,5% em 2010 (Tabela 12 – indicador A50). No entanto, os serviços não atingem 50% do padrão esperado em atividades relacionadas ao monitoramento da adesão a TARV (Tabela 12 – indicador A48).

Tabela 12 - Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio atividades específicas de adesão ao tratamento e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Indicador	2007	DP	2010	DP	p*
A48 Monitoramento da adesão a TARV	0,9	0,64	0,93	0,64	0,4022
A49 Acesso aos ARV quando o intervalo entre as consultas é maior do que 30 dias	1,34	0,94	1,25	0,97	0,1693
A50 Atividades de apoio a adesão	1,38	0,64	1,43	0,64	0,1302
A51 Fluxo de atendimento para o paciente que ficou sem ARV por razões imprevistas	1,3	0,78	1,23	0,79	0,0983

* Teste de Wilcoxon.

FONTE: Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

O agendamento odontológico preventivo, que visa o atendimento regular mesmo na ausência de queixas, não parece incorporado aos serviços, que atingiram menos de 40% do padrão esperado nesse indicador e sem melhora de desempenho nas duas aplicações do questionário (Tabela 13 – indicador A38). O desempenho dos serviços tampouco variou sobre a atuação dos profissionais da assistência social e da psicologia, o qual se manteve abaixo de 50%. Apenas o indicador que avalia a atuação do profissional farmacêutico na realização de suas atribuições apresentou melhor desempenho (Tabela 13 – indicador A65).

Tabela 13 - Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio organização geral e rotinas da assistência de outros profissionais e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Indicador	2007	DP	2010	DP	p*
A38 Fluxo para atendimento odontológico	0,81	0,66	0,79	0,68	0,3649
A63 Atividades realizadas pelo psicólogo	0,8	0,79	0,82	0,83	0,5963
A64 Atividades realizadas pelo assistente social	1,02	0,84	0,96	0,85	0,1946
A65 Atividades realizadas pelo farmacêutico	1	0,82	1,16	0,81	<0,001

* Teste de Wilcoxon.

FONTE: Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

Houve queda significativa no desempenho dos serviços na realização de atividades extras durante a consulta médica (investigação sobre o uso dos ARV, orientação sobre o uso da medicação, do preservativo, da concepção e contracepção), assim como no indicador que avalia o intervalo entre as consultas de pacientes em uso de TARV. Por outro lado, também houve diminuição de demandas (intercorrências clínicas, abandono aos ARV, entre outras) para atendimentos extras (Tabela 14 – indicadores A44, A46 e A58). Ainda sobre as consultas médicas, apesar da melhora significativa no indicador que avalia a reserva de consultas médicas para casos novos em cada período, os serviços atingiram apenas pouco mais do que 50% do padrão esperado neste indicador (Tabela 14 – indicador A36). Esse desempenho também se repete para o indicador que avalia a realização de consultas ginecológicas preventivas (Tabela 14 – indicador A39).

O desempenho do conjunto de serviços na realização de atividades interdisciplinares na equipe melhorou, assim como as atividades que buscam pacientes HIV positivos que não retornam ao serviço (Tabela 15 – indicadores A66 e A25). Já na busca de pacientes faltosos, os serviços apresentaram desempenho próximo a 50% do padrão esperado (Tabela 15 – indicador A54). Os serviços também alcançaram desempenho próximo ao de 2007 no indicador que avalia o tempo médio das consultas médicas para casos novos (Tabela 15 – indicador A42).

Tabela 14 - Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio organização geral e rotinas da assistência médica e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Indicador	2007	DP	2010	DP	p*
A35 Número de consultas médicas para 4h de trabalho	1,31	0,72	1,25	0,72	0,3314
A36 Disponibilidade de consultas médicas para casos novos em cada período	0,83	0,99	1,05	1,00	<0,001
A37 Profissional que realiza a consulta de retorno	1,77	0,63	1,81	0,56	0,2100
A39 Fluxo para atendimento ginecológico	1,21	0,74	1,11	0,75	0,6322
A43 Tempo médio das consultas médicas de retorno	0,99	1,00	0,95	1	0,5020
A44 Atividades extras realizadas na consulta médica de seguimento	1,66	0,57	1,47	0,63	<0,001
A45 Intervalo médio entre as consultas de pacientes que não fazem uso de ARV	1,57	0,60	1,61	0,61	0,1716
A46 Intervalo médio entre as consultas de pacientes em uso de ARV	1,6	0,81	1,47	0,88	<0,05
A47 Intervalo de rotina para retorno a consulta médica após o início dos ARV	1,26	0,97	1,29	0,96	0,6737
A57 Atendimento ao paciente extra ou não agendado	1,63	0,78	1,6	0,80	0,5360
A58 Demandas mais frequentes para os atendimentos extras ou não agendados	1,54	0,84	1,24	0,97	<0,001
A59 Atividades realizadas no atendimento extra ou não agendado	1,43	0,75	1,33	0,78	0,0760

* Teste de Wilcoxon.

FONTE: Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

Tabela 15 - Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio organização geral do trabalho e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Indicador	2007	DP	2010	DP	p*
A12 Profissional responsável pelo atendimento à demanda de rotina do ambulatório	1,72	0,54	1,78	0,45	0,0773
A25 Busca do paciente com sorologia confirmada que não retorna ao serviço	1,42	0,82	1,6	0,74	<0,001
A40 Padronização de protocolos de condutas	0,77	0,83	0,83	0,84	0,2640
A41 Elaboração dos protocolos de conduta	1,24	0,82	1,33	0,82	0,0705
A42 Tempo médio das consultas médicas para casos novos	1,35	0,66	1,29	0,67	0,1340
A54 Convocação do paciente faltoso	1,01	0,72	1,08	0,68	0,0754
A66 Fluxo de atendimento e encaminhamento entre os profissionais da equipe	1,36	0,65	1,64	0,58	<0,001

* Teste de Wilcoxon.

FONTE: Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

O indicador que avalia o nível de formação dos profissionais que realizam orientação e aconselhamento no pós-teste HIV atingiu 94% do padrão esperado em 2010 (Tabela 16 – indicador A24). Os serviços também apresentaram melhor desempenho na realização de orientações relacionadas ao desejo de ter filhos, variando de 64,5% em 2007 para 88% em 2010. Atividades realizadas na sala de espera, já incipientes em 2007, atingiram apenas 15% em 2010.

Tabela 16 - Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio orientação e aconselhamento e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Indicador	2007	DP	2010	DP	p*
A23 Nível de formação do profissional que realiza o atendimento pré-teste	1,66	0,76	1,71	0,68	0,6108
A24 Nível de formação do profissional que realiza o atendimento pós-teste	0,98	0,15	1,89	0,44	<0,001
A33 Atividades realizadas na sala de espera	0,26	0,57	0,3	0,58	0,1205
A53 Orientação e discussão sobre o desejo de ter filhos	1,29	0,96	1,76	0,65	<0,001
A68 Momento de orientação sobre o uso dos ARV	1,46	0,51	1,37	0,75	0,0595

* Teste de Wilcoxon.

FONTE: Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

No âmbito do registro de informações em prontuário, o conjunto dos serviços alcançou apenas 30% do padrão esperado no indicador que avalia a disponibilidade de um prontuário único para cada paciente dentro do serviço (Tabela 17 – indicador G17). O conjunto de serviços também apresentou pior desempenho no registro de informações relacionadas aos serviços e aos pacientes, variando de 83% em 2007 para 56% em 2010 (Tabela 17 – indicador G19).

O desempenho dos serviços no uso de ferramentas para o controle da dispensação de medicamentos, já bom em 2007, teve aumento significativo, e foi um dos melhores indicadores do conjunto (Tabela 17 – indicador G70). Nas atividades de planejamento baseadas em indicadores epidemiológicos locais ou dados dos serviços ou da região, os serviços permaneceram com o mesmo desempenho de 2007, assim como no indicador que avalia a participação da equipe, da sociedade e dos gestores nas atividades de planejamento (Tabela 17 - indicador G99).

Tabela 17 - Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio registro, avaliação, monitoramento e planejamento e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Indicador	2007	DP	2010	DP	p*
G17 Disponibilidade de prontuário único	0,65	0,77	0,70	0,72	0,288
G18 Documento para registro das condutas adotadas por profissionais não-médicos	1,66	0,75	1,76	0,65	<0,05
G19 Registro sistemático de informações relacionadas ao serviço e ao conjunto de pacientes	1,66	0,66	1,12	0,82	<0,001
G20 Padrão de registro das condutas médicas	1,31	0,93	1,15	0,94	0,8212
G21 Uso de formulários padronizados em outros tipos de atendimento	0,81	0,80	0,71	0,81	<0,05
G22 Profissional responsável pelo preenchimento das fichas de notificação epidemiológica	1,40	0,77	1,66	0,54	<0,001
G55 Critério de abandono utilizado para pacientes em ARV	1,50	0,86	1,63	0,77	<0,05
G56 Realização de controle do número de óbitos	0,84	0,70	0,88	0,70	0,2366
G70 Uso de ferramentas para controle da dispensação de medicamentos.	1,84	0,50	1,91	0,41	<0,001
G71 Atualização do número de pacientes em ARV a partir dos óbitos notificados observados no controle de dispensação	1,63	0,78	1,61	0,79	0,7557
G98 Planejamento de atividades do serviço: uso de dados epidemiológicos locais	1,38	0,92	1,44	0,90	0,2965
G99 Planejamento de atividades do serviço: participação da equipe multiprofissional, sociedade civil e gestores locais	1,41	0,81	1,46	0,80	0,0820
G100 Participação do serviço na priorização dos recursos destinados ao financiamento das ações de HIV/Aids	1,30	0,93	1,40	0,89	<0,05
G103 Frequência da avaliação das atividades assistenciais	0,95	0,91	0,97	0,91	0,6515
G104 Uso de dados locais do serviço e/ou região na avaliação das atividades assistenciais	1,51	0,77	1,53	0,74	0,5259

* Teste de Wilcoxon. FONTE: Qualiaids 2007 2010; a autora.

Os serviços obtiveram o mesmo desempenho em todas as atividades relacionadas à capacitação dos profissionais (Tabela 18).

Tabela 18 - Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio atualização dos profissionais e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Indicador	2007	DP	2010	DP	p*
G84 Profissionais que recebem capacitação anual	1,64	0,49	1,63	0,56	0,9262
G85 Oferta de suporte financeiro para a participação dos profissionais em capacitações, congressos e similares	1,31	0,95	1,39	0,92	0,0875
G86 Disponibilidade de materiais técnicos para consulta	1,30	0,57	1,33	0,59	0,2547

* Teste de Wilcoxon.

FONTE: Qualiaids 2007 2010; a autora.

A participação da sociedade civil na discussão de problemas relacionados ao serviço permaneceu abaixo de 50% do padrão esperado (Tabela 19 – Indicador G106). Já os indicadores que avaliaram o encaminhamento de reclamações dos pacientes e a integração com outras instituições (Secretaria de Assistência Social, educação, igrejas, ONG e outros), apesar de não apresentarem melhora, continuaram alcançando padrões acima de 80% (Tabela 19 – Indicadores G105 e G107).

Tabela 19 - Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio comunicação e interação serviço, usuários e comunidade e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Indicador	2007	DP	2010	DP	p*
G105 Encaminhamento de forma organizada das reclamações dos pacientes	1,57	0,79	1,62	0,75	0,2704
G106 Participação da sociedade civil no encaminhamento de soluções de problemas	0,81	0,98	0,87	0,99	0,2046
G107 Integração com outros órgãos ou instituições não vinculadas diretamente à saúde	1,52	0,85	1,60	0,80	0,0907

* Teste de Wilcoxon.

FONTE: Qualiaids 2007 2010; a autora.

Os serviços obtiveram melhor desempenho no indicador que avalia a realização de reuniões de trabalho; no entanto, atingiram apenas 32% do padrão esperado neste indicador (Tabela 20 – indicador G93). Não houve diferença no indicador de realização de reuniões sistemáticas para discussão de casos, que atingiu apenas cerca de 25% do padrão (Tabela 20 – indicador G87), fato que também ocorre com o indicador que avalia o suporte recebido pelos profissionais para minimizar seu sofrimento (Tabela 20 – indicador G96).

Tabela 20 - Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo indicadores do domínio coordenação do trabalho e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Indicador	2007	DP	2010	DP	p*
G87 Reuniões sistemáticas para discussão de casos e condutas	0,43	0,75	0,50	0,77	0,0686
G88 Profissional responsável por questões administrativas no serviço	0,67	0,85	0,73	0,87	0,1356
G90 Profissional responsável pela coordenação técnica no serviço	1,36	0,64	1,34	0,62	0,3351
G91 Desenvolvimento de atividades gerenciais pelo responsável técnico do serviço	1,06	0,76	0,97	0,74	<0,05
G93 Realização de reuniões de trabalho	0,55	0,79	0,64	0,80	<0,05
G94 Participação da equipe multiprofissional e sociedade civil em reuniões de trabalho	1,49	0,87	1,40	0,91	0,1222
G95 Participação de membros da equipe em reuniões multiprofissionais	1,34	0,90	0,85	0,97	<0,001
G96 Atividades ofertadas para minimizar o sofrimento dos profissionais que atendem os pacientes de HIV/Aids	0,43	0,72	0,49	0,73	0,1826
G97 Suporte técnico-administrativo dado aos profissionais	1,02	0,95	1,21	0,92	<0,05
G102 Medidas adotadas em caso de dificuldades no gerenciamento do serviço	1,10	0,75	1,23	0,61	<0,05

* Teste de Wilcoxon.

FONTE: Qualiaids 2007 2010; a autora.

5.3 Análise dos fatores preditores da qualidade.

A análise por k-media resultou na estratificação dos serviços em quatro grupos de níveis decrescentes de qualidade para 2007 e cinco grupos para 2010, sendo o primeiro o de melhor qualidade e o último, o de pior qualidade (Tabela I).

Tabela 21 - Distribuição dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo grupo de qualidade e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Grupo 2007*	n	Média geral	DP**	Média Assistência	DP	Média Gerência	DP	Média Recurso	DP
1	116	1,47	0,12	1,44	0,16	1,47	0,18	1,43	0,21
2	133	1,34	0,1	1,34	0,14	1,3	0,15	1,28	0,2
3	82	1,11	0,14	1,09	0,16	0,94	0,26	1,23	0,23
4	88	1,09	0,12	1,09	0,16	0,96	0,21	1,15	0,22
Grupo 2010*	n	Média geral	DP**	Média Assistência	DP	Média Gerência	DP	Média Recurso	DP
1	121	1,52	0,1	1,52	0,14	1,52	0,16	1,51	0,16
2	109	1,29	0,09	1,31	0,12	1,26	0,15	1,29	0,17
3	62	1,27	0,1	1,28	0,17	1,22	0,18	1,33	0,2
4	70	1,09	0,11	1,1	0,16	0,95	0,17	1,25	0,2
5	57	1,01	0,15	1,06	0,2	0,83	0,21	1,19	0,23
Total	419								

* K-médias. ** Desvio padrão.

Houve pouca diferença no número de serviços que fizeram parte dos melhores grupos de qualidade nas duas aplicações do questionário. Em 2007, 116 (27,7%) serviços compuseram o grupo de melhor qualidade. Em 2010, 121 (28,9%) fizeram parte deste grupo. No entanto, nesse mesmo ano, os serviços que não fizeram parte do melhor grupo apresentaram pior desempenho, pois houve formação de um quinto grupo de qualidade, e todos os três grupos seguintes ao de melhor qualidade (2, 3 e 4) apresentaram pior desempenho geral que em 2007.

A caracterização dos grupos de acordo com as variáveis independentes preditoras da qualidade no ano de 2007 é apresentada na Tabela 22, pg. 59. A maioria dos serviços que compõem o melhor grupo de qualidade em 2007 são serviços geridos pela Secretaria Municipal de Saúde (81,9%), especializados no atendimento de pessoas com HIV/Aids (55,2%), de grande porte (58,6%), abertos 5 ou mais dias durante a semana (98,3%) e localizados em municípios de médio (54,3%) ou grande porte (42,2%).

O melhor grupo de qualidade em 2010 apresentou características semelhantes às encontradas em 2007 (Tabela 23, pág. 60). A maioria dos serviços são administrados pela Secretaria Municipal de Saúde (87,6%), são especializados no atendimento de pessoas com HIV/Aids (48,8%), de grande porte (43,8%), abertos 5 ou mais dias durante a semana (95,9%) e localizados em municípios de médio porte (63,3%).

A variável desfecho foi transformada em dicotômica e os serviços que não correspondiam ao grupo de melhor qualidade foram alocados no grupo 2: 1-melhor grupo; 2-pior grupo. Nas duas aplicações do questionário, houve associação entre a qualidade e as variáveis preditoras: tipo de serviço, porte do serviço, período aberto por semana e porte do município (Tabela 24, pág. 61).

Na análise multivariada, as variáveis tipo de serviço (ambulatório de especialidades ou especializado em HIV), porte do serviço (grande), período aberto por semana (5 ou mais dias), e porte do município em 2007 (médio ou grande porte) aumentaram a chance dos serviços de pertencerem ao melhor grupo de qualidade em cada aplicação (Tabela 25, pág. 62).

Tabela 22 - Caracterização dos grupos de qualidade formados pelo desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV que responderam ao Questionário Qualiaids em 2007 segundo variáveis preditoras da qualidade. Brasil, 2007. N=419. Fonte: Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

Variável	Grupos 2007									
	1		2		3		4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Instituição Gestora										
Secretaria de Estado da Saúde	7	6	8	6	22	26,8	5	5,7	42	10
Secretaria Municipal de Saúde	95	81,9	118	82,7	37	45,1	76	86,4	326	77,8
Outros	11	9,5	1	0,8	19	23,2	4	4,6	35	8,4
Missing	3	2,6	6	4,5	4	4,9	3	3,4	16	3,8
Tipo de Unidade										
Ambulatório de assistência a várias especialidades	35	30,2	54	40,6	23	28	41	46,6	153	36,5
Ambulatório de assistência especializada à PVHIV	64	55,2	42	31,6	13	15,8	20	22,7	139	33,2
Ambulatório vinculado a Hospital	6	5,2	4	3	27	32,9	2	2,3	39	9,3
Unidade Básica de Saúde	7	6	25	18,8	14	17,1	21	23,9	67	16
Missing	4	3,4	8	6	5	6,1	4	4,5	21	5
Porte do serviço										
Pequeno (<100)	3	2,3	42	31,6	6	7,3	34	38,6	85	20,3
Médio (100-500)	32	27,6	71	53,4	20	24,4	41	46,6	164	39,1
Grande (>500)	68	58,6	9	6,8	46	56,1	9	10,2	132	31,5
Missing	13	11,2	11	8,3	10	12,2	4	4,5	38	9,1
Período aberto por semana										
< 5 dias	5	4,3	21	15,8	25	30,5	9	10,2	60	14,3
>= 5 dias	110	94,8	111	83,5	55	67,1	77	87,5	353	84,2
Missing	1	0,9	1	0,7	2	2,4	2	2,3	6	1,4
Número de habitantes										
< 50.000	4	3,4	33	24,8	2	2,4	36	40,9	75	17,9
50.000 a 500.000	63	54,3	95	71,4	26	31,7	51	57,9	235	56,1
≥ 500.000	49	42,2	5	3,8	54	65,9	1	1,1	109	26
Total	116	100	133	100	82	100	88	100	419	100

Tabela 23 - Caracterização dos grupos de qualidade formados pelo desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV que responderam ao Questionário Qualiaids em 2010 segundo variáveis preditoras da qualidade. Brasil, 2010. N=419. Fonte: Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

Variável	Grupos 2010											
	1		2		3		4		5		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Instituição Gestora												
Secretaria de Estado da Saúde	5	4,1	5	4,6	8	12,9	3	4,3	16	28,1	37	8,8
Secretaria Municipal de Saúde	106	87,6	101	92,7	41	66,1	64	91,4	30	52,6	342	81,6
Outros	9	7,4	3	2,7	13	21	3	4,3	10	17,5	38	9,1
Missing	1	0,8	0	0	0	0	0	0	1	1,7	2	0,5
Tipo de Unidade												
Ambulatório de assistência a várias especialidades	48	39,7	43	39,4	23	37,1	36	51,4	23	40,3	173	41,3
Ambulatório de assistência especializada às pessoas vivendo com HIV/Aids	59	48,8	46	42,2	18	29	25	35,7	5	8,8	153	36,9
Ambulatório vinculado a Hospital	9	7,4	1	0,9	12	19,3	0	0,0	15	26,3	37	8,8
Unidade Básica de Saúde	4	3,3	18	16,5	8	12,9	9	12,9	13	22,8	52	12,4
Missing	1	0,8	1	0,9	1	1,6	0	0	1	1,7	4	0,9
Porte do serviço												
Pequeno (<=100)	11	9,1	30	27,5	3	4,8	31	44,3	10	17,5	85	20,3
Médio (101-500)	44	36,4	59	54,1	12	19,3	31	44,3	18	31,6	164	39,1
Grande (>500)	53	43,8	13	11,9	41	66,1	5	7,1	20	35,1	132	31,5
Missing	13	10,7	7	6,4	6	9,7	3	4,3	9	15,8	38	9,1
Período aberto por semana												
< 5 dias	4	3,3	11	10,1	6	9,7	6	8,6	27	47,4	54	12,9
>= 5 dias	116	95,9	98	89,9	54	87,1	64	91,4	30	52,6	362	86,4
Missing	1	0,8	0	0	2	3,2	0	0	0	0	3	0,7
Número de habitantes												
≤ 50.000	11	9,1	28	25,7	1	1,6	28	40	7	12,3	75	17,9
50.000 a 500.000	77	63,6	75	68,8	24	38,7	39	55,7	20	35,1	235	56,1
≥ 500.000	33	27,3	6	5,5	37	59,7	3	4,3	30	52,6	109	26
Total	11	9,1	28	25,7	1	1,6	28	40	7	12,3	75	17,9

Table 24 - Caracterização do melhor e do pior grupo, formados a partir do desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo variáveis preditoras da qualidade e ano de aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419. Fonte: Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

Variáveis Preditoras	Melhor grupo 2007 (n=116)		Pior grupo 2007 (n=303)		X ²	Melhor grupo 2010 (n=121)		Pior grupo 2010 (n=298)		X ²
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Instituição Gestora					0,287					0,115
Secretaria de Estado da Saúde	7	16,7	35	83,3		5	84,5	32	13,5	
Secretaria Municipal de Saúde	95	29,1	231	70,9		106	31	236	69	
Universidades ou outros	11	31,4	24	68,6		9	23,7	29	76,3	
Missing	3	18,7	13	81,3		1	50	1	50	
Tipo de serviço					<0,001					<0,001
Ambulatório de assistência a várias especialidades	35	22,9	118	77,1		48	27,7	125	72,2	
Ambulatório de assistência especializada à PVHIV	64	46	75	54		59	38,6	94	61,4	
Ambulatório vinculado a Hospital	6	15,4	33	84,6		9	24,3	28	75,7	
Unidade Básica de Saúde	7	10,4	60	89,5		4	7,7	48	92,3	
Missing	4	19	17	81		1	25	3	75	
Porte do serviço					<0,001					<0,001
Pequeno (<100)	19	13,3	124	86,7		19	17,1	92	82,9	
Médio (100-500)	37	24,2	116	75,8		44	26,8	120	73,2	
Grande (>500)	59	50,9	57	49,1		53	40,1	79	59,9	
Missing	1	14,3	6	85,7		5	41,7	7	58,3	
Período aberto por semana					<0,001					<0,001
Até 5 dias	5	8,33	55	91,7		4	7,4	50	92,6	
Mais de 5 dias	110	31,2	243	68,8		116	32	246	68	
Missing	1	16,7	5	83,3		1	33,3	2	66,7	
Número de habitantes					<0,001					<0,05
< 50,000	4	5,3	71	94,7		11	14,7	64	85,3	
50,000 a 500,000	63	26,8	172	73,2		77	32,8	158	67,2	
> 500,000	49	44,9	60	55,1		33	30,3	76	69,7	

Tabela 25 - Odds Ratio bruto e ajustado de pertencer ao grupo de melhor qualidade de serviços de atenção a pessoas com HIV, que responderam ao Questionário Qualiaids em 2007 e 2010. N=419. Fonte Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

Variáveis Predictoras	2007				2010			
	OR bruto	p	OR ajustado	p	OR bruto	p	OR ajustado	p
Instituição gestora								
Universidades ou outros	1,0				1,0			
Secretaria de Estado da Saúde	0,44 (0,15-1,28)	0,133			0,50 (0,15-1,68)	0,264		
Secretaria Municipal de Saúde	0,90 (0,42-1,90)	0,778			1,45 (0,66-3,16)	0,354		
Período aberto por semana								
Até 5 dias	1,0		1,0		1,0		1,0	
Mais de 5 dias	4,97 (1,94-12,78)	<0,001	2,13 (0,74-6,10)	0,158	5,89 (2,08-16,7)	<0,001	4,14 (1,42-12,09)	<0,01
Tipo de serviço								
Unidade Básica de Saúde	1,0		1,0		1,0		1,0	
Ambulatório de assistência a várias especialidades	2,54 (1,06-6,06)	<0,05	1,98 (0,75-5,21)	0,166	4,61 (1,57-13,47)	<0,01	3,41 (1,13-10,27)	<0,05
Ambulatório de assistência especializada às pessoas vivendo com HIV/Aids	7,31 (3,12-17,12)	<0,001	4,78 (1,81-12,59)	<0,01	7,53 (2,58-21,97)	<0,001	4,43 (1,46-13,45)	<0,01
Ambulatório vinculado a Hospital	1,56 (0,48-5,02)	0,457	0,41 (0,12-1,49)	0,179	3,86 (1,09-13,69)	<0,05	2,71 (0,71-10,39)	0,145
Porte do serviço								
Pequeno (<100)	1,0		1,0		1,0		1,0	
Médio (100-500)	2,08 (1,13-3,82)	<0,05	1,16 (0,57-2,37)	0,687	1,77 (0,97-3,24)	0,062	1,27 (0,65-2,47)	0,487
Grande (>500)	6,75 (3,69-12,37)	<0,001	3,03 (1,4-6,59)	<0,01	3,25 (1,77-5,94)	<0,001	2,23 (1,06-4,7)	<0,05
Número de habitantes								
≤ 50,000	1,0		1,0		1,0		1,0	
50,000 a 500,000	6,5 (2,28-18,54)	<0,001	3,29 (1,07-10,13)	<0,05	2,84 (1,41-5,68)	<0,01	1,7 (0,78-3,71)	0,182
≥ 500,000	14,49 (4,94-42,5)	<0,001	8,70 (2,55-29,7)	<0,001	2,53 (1,18-5,4)	<0,05	1,34 (0,52-3,45)	0,544

5.4 Análise da qualidade dos serviços que obtiveram o melhor desempenho nas duas aplicações em relação aos demais

A partir dessa distribuição, identificou-se o conjunto de serviços que permaneceu no melhor grupo de qualidade em ambas as aplicações (n=58, 13,8%). Destes 58 serviços, 34 (58,6%) participaram da aplicação do Qualiaids em 2002, e atualmente são serviços que possuem 17 anos ou mais de práticas assistenciais (mínimo=17; máximo=34; média=24,2; mediana=22).

Estes serviços estão em sua maioria localizados em municípios de grande porte (n=28 - 48,3%), e 16 (27,6%) estão localizados em capitais. Em relação ao porte, 28 (56%) são de grande porte e atendem mais que 1000 pacientes, 12 (24%) são de médio porte e atendem de 501 a 1000 pacientes e 18 (31%) atendem até 500 pacientes.

A maioria dos serviços se caracterizam como ambulatório de DST/Aids (n=38 - 66,7%) ou ambulatórios de especialidades (n=15 - 26,3%) e estão localizados predominantemente nos Estado de São Paulo (n=26 – 44,8%), Santa Catarina (n=5 – 8,6%) e Rio Grande do Sul (n=4 – 6,9%).

Estes serviços alcançaram melhor desempenho nas dimensões de assistência e recursos em 2010. Na dimensão de gerenciamento técnico do trabalho, não houve diferença no desempenho desse grupo; no entanto, o desempenho do grupo nessa dimensão já era superior as demais em 2007. Os serviços do grupo 2 obtiveram melhor desempenho apenas na dimensão de recursos em 2010 (Tabela 26).

Tabela 26 – Desempenho dos serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo dimensões Geral, Assistência (A), Gerência (G) e Recursos (R) do Questionário Qualiaids e grupo de desempenho nas duas aplicações do Questionário. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Grupos	Geral	DP*	p**	A	DP	p**	G	DP	p**	R	DP	p**
Grupo 1 (n=58)												
2007	1,5	0,13	0,0782	1,47	0,16	<0,05	1,51	0,17	0,5792	1,46	0,22	<0,05
2010	1,53	0,1		1,53	0,12		1,54	0,15		1,51	0,17	
Grupo 2 (n=361)												
2007	1,24	0,18	0,547	1,23	0,2	0,0639	1,15	0,28	0,5897	1,26	0,22	<0,001
2010	1,24	0,19		1,26	0,22		1,17	0,28		1,31	0,21	

* Desvio padrão.

** Teste de Wilcoxon para comparação de médias entre grupos por dimensão do questionário.

Entre os 97 indicadores do Questionário Qualiaids, o grupo de melhor qualidade (n=58) alcançou melhor desempenho em 74 (76,3%) indicadores quando comparado com o pior grupo em 2010.

Domínio Disponibilidade de Recursos

Nessa dimensão, o melhor grupo apresentou melhor desempenho em 68,2% (n=15) dos indicadores. Esse grupo apresentou melhor desempenho em todos os indicadores relacionados à articulação com a rede assistencial local. Entre eles, aqueles que avaliam a disponibilidade de medicamentos para infecções oportunistas (Tabela 27 – indicador R67), a disponibilidade de modalidades assistenciais como o centro de testagem e aconselhamento, atendimento domiciliar terapêutico, hospital dia, internação convencional e pronto socorro (Tabela 27 – indicador R74), e especialistas como psiquiatra, neurologista, cardiologista, oftalmologista (Tabela 27 – indicador R80).

Também houve diferença entre os grupos no indicador que avalia a formação em saúde coletiva ou administração em saúde do gerente do serviço (Tabela 27 – indicador R89). Nota-se que, no indicador que avalia a experiência do gerente por anos de trabalho no cargo, não houve diferença entre os grupos (Tabela 27 – indicador R92).

À exceção dos antirretrovirais (Tabela 27 – indicador R72), não houve diferença entre os grupos na provisão de recursos do nível federal como exames de carga viral (Tabela 27 – indicador R79) e CD4 (Tabela 27 – indicador R78).

Tabela 27 - Comparação do desempenho entre o melhor grupo de serviços e o pior nos indicadores da dimensão disponibilidade de recursos segundo domínio e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Domínio	2007					2010					
	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	
Acesso											
R8	Período de atendimento do serviço	1,46	0,54	1,02	0,98	<0,001	1,59	0,5	1,04	0,55	<0,001
R34	Formas de marcação de horário de consulta médica	0,93	0,87	0,64	0,86	<0,05	0,96	0,9	0,65	0,86	<0,05
Infra-estrutura básica											
R10	Disponibilidade de salas para atendimento	1,38	0,93	1,02	0,98	<0,05	1,91	0,28	1,56	0,68	0,001
R11	Acessibilidade	1,4	0,59	1,36	0,63	0,7629	1,52	0,54	1,34	0,6	<0,05
R81	Fluxo de atendimento ao funcionário em caso de acidente com material biológico	1,95	0,29	1,79	0,58	<0,05	1,96	0,26	1,9	0,4	0,1328
R82	Treinamento dos profissionais frente a situações de exposição ocupacional	1,79	0,61	1,44	0,9	<0,05	1,9	0,45	1,53	0,85	<0,05
R83	Treinamento dos profissionais para acondicionamento de resíduos contaminados	1,69	0,68	1,47	0,76	<0,05	1,88	0,42	1,54	0,74	0,001
Medicamentos, exames e referência											
R69	Tempo de dispensação do ARV após a primeira prescrição	1,71	0,62	1,49	0,77	<0,05	1,76	0,6	1,64	0,66	0,1105
R67	Disponibilidade de medicamentos para profilaxia primária de infecções oportunistas	1,69	0,54	1,34	0,72	0,001	1,6	0,62	1,38	0,7	<0,05
R72	Disponibilidade de antirretrovirais	1,4	0,86	1,44	0,84	0,6598	1,52	0,8	1,26	0,9	<0,05

Continua

Tabela 27 - Comparação do desempenho entre o melhor grupo de serviços e o pior nos indicadores da dimensão disponibilidade de recursos segundo domínio e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419. Conclusão.

Domínio	2007					2010					
	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	
Medicamentos, exames e referência											
R74	Disponibilidade das modalidades assistenciais	1,36	0,67	0,95	0,69	<0,001	1,36	0,64	0,93	0,7	<0,001
R75	Fluxo da coleta de exames	1,19	0,8	1,07	0,7	0,1903	1,24	0,76	1,02	0,72	<0,05
R76	Disponibilidade dos exames de avaliação inicial e seguimento	0,86	0,78	0,5	0,69	0,001	0,95	0,71	0,7	0,77	<0,05
R77	Disponibilidade de exames para diagnóstico e seguimento de intercorrências e comorbidades	1,57	0,68	1,28	0,73	<0,05	1,64	0,55	1,30	0,74	<0,05
R78	Disponibilidade de exames de CD4	1,77	0,5	1,69	0,55	0,2692	1,81	0,47	1,8	0,46	0,8167
R79	Disponibilidade de exames de CV	1,69	0,57	1,63	0,62	0,5724	1,69	0,63	1,76	0,52	0,4606
R80	Disponibilidade de médicos especialistas e outros profissionais	1,57	0,62	1,28	0,77	<0,05	1,57	0,6	1,19	0,76	0,001
Recursos Humanos											
R14	Experiência dos médicos responsáveis pelo seguimento	1,36	0,58	1,36	0,67	0,8296	1,5	0,5	1,46	0,62	0,9542
R89	Formação do responsável técnico	1,10	0,89	0,78	0,84	<0,05	1,27	0,81	0,88	0,83	0,001
R92	Experiência do responsável técnico em atividades de coordenação	1,5	0,54	1,43	0,68	0,7419	1,57	0,53	1,4	0,67	0,1052
R15	Carga horária semanal dos médicos responsáveis pelo seguimento	0,91	0,8	0,9	0,84	0,9094	0,27	0,61	0,75	0,92	0,001
R16	Disponibilidade de profissionais da equipe mínima	1,76	0,63	1,74	0,65	0,9291	1,79	0,61	1,76	0,6	0,3745

* Teste de Mann-Whitney. FONTE: Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

Domínio Organização do Processo da Assistência

Nessa dimensão, os serviços do melhor grupo apresentaram melhor desempenho em 65,1% (n=28) dos indicadores.

O melhor grupo apresentou melhor desempenho no indicador que avalia o acolhimento dos pacientes por profissionais de nível superior no serviço (Tabela 28 – indicador A26). Estes profissionais proporcionam uma orientação mais qualificada a respeito da doença e do funcionamento do serviço, além de aumentar a chance de vinculação de pacientes novos e de reinserir os pacientes com dificuldade no fluxograma assistencial.

O melhor grupo também apresentou melhor desempenho nas atividades de rotina do enfermeiro, que compreendem a recepção e acolhimento de casos novos, grupos de adesão e/ou temas específicos e notificação epidemiológica (Tabela 28 – indicador A61).

O período após a introdução da TARV na vida do paciente tem relevante importância para adaptação e manutenção do tratamento. A prontidão da consulta médica neste momento é fundamental para que o paciente se mantenha no seguimento. O tempo para a consulta de retorno após o início da TARV foi menor nos serviços do melhor grupo (Tabela 28 – indicador A47).

Durante a consulta médica, este profissional também investiga as dificuldades no uso de antirretrovirais, orienta detalhadamente o uso de medicação, orienta sobre concepção/contracepção e aborda questões relativas à sexualidade. A diferença entre os grupos na realização dessas atividades já existia em 2007 e aumentou no período (Tabela 28 – indicador A44).

No que diz respeito a atividades voltadas à adesão ao tratamento, o melhor grupo apresentou excelente desempenho nas atividades de monitoramento (Tabela 28 – indicador A48) e apoio a adesão (Tabela 28 – indicador A50), bem como na orientação ao uso de ARV (Tabela 28 – indicador A68). O desempenho desse grupo também foi exemplar no indicador que avalia o apoio técnico do farmacêutico junto à equipe (Tabela 28 – indicador A65), o qual centra boa parte das atividades de monitoramento e apoio à adesão, como orientação individual dos pacientes quanto ao uso da medicação, supervisão e orientação da equipe médica sobre a adequação dos esquemas com ARV, controle de faltosos e grupos de adesão.

O melhor grupo apresentou desempenho duas vezes melhor que o pior grupo nos indicadores que avaliam os atendimentos do psicólogo (Tabela 28 – indicador A63) e do assistente social (Tabela 28 – indicador A64), que visam a elaboração de estratégias para casos que envolvem a necessidade de apoio psicossocial, a reinserção social e/ou geração de renda, orientações sobre direitos civis e trabalhistas, e o desenvolvimento de atividades de apoio à adesão.

Tabela 28 - Comparação do desempenho entre o melhor grupo de serviços e o pior nos indicadores da dimensão organização geral da assistência segundo domínio e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Domínio	2007					2010					
	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	
Acolhimento											
A26	Prontidão e qualificação do profissional que realiza o primeiro atendimento	1,72	0,55	1,38	0,74	0,001	1,86	0,44	1,47	0,8	0,001
A27	Atividades realizadas no primeiro atendimento	1,84	0,49	1,56	0,71	0,001	1,91	0,34	1,65	0,66	<0,05
A28	Formas de encaminhamento dos pacientes não-matriculados	1,9	0,31	1,82	0,4	0,1592	0,41	0,79	0,58	0,85	0,1178
A29	Agendamento da consulta de retorno	1,83	0,57	1,88	0,48	0,4675	1,93	0,37	1,87	0,48	0,4214
A30	Tempo de espera para a primeira consulta médica	1,4	0,65	1,51	0,63	0,1512	1,43	0,68	1,5	0,63	0,5020
Atividades específicas de adesão ao tratamento											
A48	Monitoramento da adesão a TARV	1,22	0,65	0,85	0,62	<0,001	1,34	0,55	0,87	0,62	<0,001
A49	Acesso aos ARV quando o intervalo entre as consultas é maior do que 30 dias	0,96	1	1,4	0,92	0,001	1,24	0,98	1,26	0,97	0,9056
A50	Atividades de apoio a adesão	1,57	0,62	1,35	0,63	<0,05	1,79	0,45	1,38	0,65	<0,001
A51	Fluxo de atendimento para o paciente que ficou sem ARV por razões imprevistas	1,48	0,75	1,27	0,78	<0,05	1,27	0,77	1,22	0,8	0,6652
Organização geral e rotina da assistência de enfermagem											
A31	Atendimento por enfermeiro ou técnico antes da consulta marcada	1,02	0,78	0,93	0,76	0,4149	1,03	0,77	1	0,76	0,7685
A32	Atividades realizadas na pré-consulta	1,17	0,92	0,97	0,93	0,1274	1,45	0,86	1,55	0,9	<0,05
A52	Atividades realizadas na pós-consulta	1,21	0,77	1,21	0,88	0,7475	1,43	0,75	1,27	0,85	0,2326

Continua

Tabela 28 - Comparação do desempenho entre o melhor grupo de serviços e o pior nos indicadores da dimensão organização geral da assistência segundo domínio e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419. Continuação.

Domínio	2007					2010					
	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	
A60	Atividades de rotina realizadas pelo técnico de enfermagem	1,22	0,75	0,87	0,79	<0,05	1,33	0,6	0,94	0,8	<0,05
A61	Atividades de rotina realizadas pelo enfermeiro	1,46	0,68	0,89	0,76	<0,001	1,65	0,55	1,01	0,74	<0,001
A62	Atividades realizadas pelo enfermeiro na consulta individual	1,86	0,44	1,3	0,89	<0,001	1,96	0,18	1,48	0,81	<0,001
Organização geral e rotinas da assistência de outros profissionais											
A38	Fluxo para atendimento odontológico	1,02	0,66	0,77	0,65	<0,05	1,10	0,76	0,74	0,65	0,001
A63	Atividades realizadas pelo psicólogo	1,46	0,73	0,7	0,75	<0,001	1,45	0,73	0,72	0,8	<0,001
A64	Atividades realizadas pelo assistente social	1,71	0,59	0,91	0,82	<0,001	1,69	0,63	0,85	0,82	<0,001
A65	Atividades realizadas pelo farmacêutico	1,53	0,65	0,92	0,81	<0,001	1,76	0,51	1,06	0,81	<0,001
Organização geral e rotinas da assistência médica											
A35	Número de consultas médicas para 4h de trabalho	1,48	0,65	1,28	0,73	<0,05	1,43	0,65	1,23	0,73	<0,05
A36	Disponibilidade de consultas médicas para casos novos em cada período	1,48	0,88	0,72	0,96	<0,001	1,59	0,82	0,97	1	<0,001
A37	Profissional que realiza a consulta de retorno	1,96	0,26	1,74	0,66	<0,05	1,9	0,45	1,81	0,58	0,2109
A39	Fluxo para atendimento ginecológico	1,55	0,6	1,05	0,73	<0,001	1,55	0,57	1,04	0,75	<0,001
A43	Tempo médio das consultas médicas de retorno	1,41	0,92	0,92	1	0,001	1,14	1	0,92	1	0,1327

Continua

Tabela 28 - Comparação do desempenho entre o melhor grupo de serviços e o pior nos indicadores da dimensão organização geral da assistência segundo domínio e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419. Continuação.

Domínio	2007					2010					
	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	
A44	Atividades extras realizadas na consulta médica de seguimento	1,83	0,38	1,63	0,59	<0,05	1,79	0,41	1,43	0,65	<0,001
A45	Intervalo médio entre as consultas de pacientes que não fazem uso de ARV	1,67	0,51	1,55	0,61	0,2066	1,76	0,51	1,58	0,63	<0,05
A46	Intervalo médio entre as consultas de pacientes em uso de ARV	1,48	0,88	1,61	0,79	0,2558	1,34	0,95	1,49	0,87	0,2256
A47	Intervalo de rotina para retorno a consulta médica após o início dos ARV	1,52	0,86	1,22	0,97	<0,05	1,62	0,8	1,23	0,97	<0,05
A57	Atendimento ao paciente extra ou não agendado	1,65	0,76	1,63	0,78	0,8101	1,65	0,76	1,59	0,8	0,5975
A58	Demandas mais frequentes para os atendimentos extras ou não agendados	1,65	0,76	1,52	0,86	0,2509	1,27	0,97	1,24	0,97	0,7995
A59	Atividades realizadas no atendimento extra ou não agendado	1,79	0,49	1,38	0,76	0,001	1,57	0,7	1,3	0,79	<0,05
Organização geral do trabalho											
A12	Profissional responsável pelo atendimento a demanda de rotina do ambulatório	1,84	0,41	1,71	0,55	0,0698	1,9	0,31	1,77	0,47	<0,05
A25	Busca do paciente com sorologia confirmada que não retorna ao serviço	1,21	0,89	1,45	0,8	<0,05	1,74	0,64	1,57	0,75	0,0764

Continua

Tabela 28 - Comparação do desempenho entre o melhor grupo de serviços e o pior nos indicadores da dimensão organização geral da assistência segundo domínio e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419. Conclusão.

Domínio	2007					2010					
	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	
A40	Padronização de protocolos de condutas	1,36	0,74	0,67	0,8	<0,001	1,31	0,75	0,75	0,83	<0,001
A41	Elaboração dos protocolos de conduta	1,57	0,65	1,18	0,84	0,001	1,62	0,64	1,28	0,84	<0,05
A42	Tempo médio das consultas médicas para casos novos	1,48	0,54	1,32	0,67	0,1440	1,48	0,63	1,26	0,67	<0,05
A54	Convocação do paciente faltoso	1,05	0,60	1	0,73	0,6589	1,1	0,58	1,08	0,69	0,8984
A66	Fluxo de atendimento e encaminhamento entre os profissionais da equipe	1,38	0,7	1,36	0,64	0,6936	1,86	0,44	1,6	0,6	0,001
Orientação e aconselhamento											
A23	Atendimento pré-teste	1,62	0,79	1,66	0,75	0,6987	1,9	0,4	1,67	0,7	<0,05
A24	Atendimento pós-teste	0,96	0,18	0,98	0,15	0,5687	1,96	0,26	1,88	0,46	0,1593
A33	Atividades realizadas na sala de espera	0,40	0,67	0,23	0,55	<0,05	0,59	0,77	0,25	0,53	0,001
A53	Orientação e discussão sobre o desejo de ter filhos	1,69	0,73	1,22	0,97	0,001	1,93	0,37	1,73	0,68	<0,05
A68	Momento de orientação sobre o uso dos ARV	1,74	0,48	1,42	0,5	<0,001	1,83	0,46	1,3	0,76	<0,001

* Teste de Mann-Whitney. FONTE: Qualiaids 2007 e 2010; a autora.

Domínio Gerenciamento Técnico do Trabalho

Nessa dimensão, o melhor grupo obteve melhor desempenho em 83,8% (n=31) dos indicadores. Esses serviços se destacaram no uso de dados epidemiológicos locais (Tabela 29 – indicador G98) e dados relacionados ao serviço ou à região (Tabela 29 – indicador G104) para realizar atividades de planejamento.

Além do uso de dados para as atividades de planejamento, tais serviços costumam realizar essas atividades com o apoio de membros da sociedade civil, da equipe multiprofissional e de gestores locais (Tabela 29 – indicador G99), bem como usar os recursos disponíveis no serviço para o financiamento das ações de HIV/Aids (Tabela 29 – indicador G100).

No indicador que avalia a participação da sociedade civil junto à equipe em reuniões de trabalho, o grupo de melhor desempenho atingiu quase o padrão máximo de desempenho (Tabela 29 – indicador G94). A participação da sociedade civil no encaminhamento de sugestões e soluções de problemas junto ao serviço também foi melhor nesse grupo (Tabela 29 – indicadores G105 e G106). O grupo de melhor desempenho também manteve parceria com instituições não vinculadas à Secretaria de Saúde (Tabela 29 – indicador G107). Esse tipo de parceria facilita a resolução de queixas apresentadas pela sociedade civil e a realização de planos voltados para ações de promoção e prevenção no território.

Outro aspecto importante para o bom funcionamento e melhor desempenho desses serviços, do melhor grupo, se deve à capacitação dos profissionais da equipe de coordenação e assistência. Serviços que estimulam

a participação dos profissionais da assistência em cursos e capacitações apresentaram melhor desempenho nas duas aplicações do questionário (Tabela 29 – indicador G84 e G85).

O melhor grupo alcançou melhor desempenho no uso do prontuário único em todos os setores da assistência (Tabela 29 – indicador G17), bem como no indicador que avalia o uso de formulários padronizados no atendimento dos profissionais do serviço (Tabela 29 – indicador G21). No entanto, o desempenho de ambos os grupos permaneceu abaixo de 50% do padrão esperado nesses indicadores.

O indicador da dimensão de gerência que apresentou o pior desempenho nos dois grupos diz respeito à frequência com que os serviços fazem reuniões para discussão de casos e condutas clínicas. O melhor grupo alcançou menos de 50% de desempenho, e o pior grupo, menos de 25% nas duas aplicações do questionário (Tabela 29 – indicador G87).

Tabela 29 - Comparação do desempenho entre o melhor grupo de serviços e o pior nos indicadores da dimensão gerenciamento técnico do trabalho segundo domínio e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419.

Domínio	2007					2010					
	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	
Registro, avaliação, monitoramento e planejamento											
G17	Disponibilidade de prontuário único	0,81	0,76	0,63	0,77	0,0621	0,98	0,78	0,67	0,7	<0,05
G18	Documento para registro das condutas adotadas por profissionais não-médicos	1,76	0,66	1,65	0,76	0,3083	1,79	0,61	1,76	0,65	0,6880
G19	Registro sistemático de informações relacionadas ao serviço e ao conjunto de pacientes	1,88	0,42	1,63	0,69	<0,05	1,43	0,70	1,07	0,82	<0,05
G20	Padrão de registro das condutas médicas	1,19	0,91	1,21	0,94	0,6383	1,17	0,92	1,14	0,94	0,8634
G21	Uso de formulários padronizados em outros tipos de atendimento	1,26	0,76	0,74	0,78	<0,001	1,19	0,85	0,64	0,77	<0,001
G22	Profissional responsável pelo preenchimento das fichas de notificação epidemiológica	1,65	0,64	1,36	0,78	<0,05	1,77	0,42	1,64	0,55	0,1013
G55	Critério de abandono utilizado para pacientes em ARV	1,65	0,76	1,48	0,88	0,1505	1,83	0,57	1,61	0,8	<0,05
G56	Realização de controle do número de óbitos	0,95	0,66	0,83	0,7	0,1977	0,98	0,66	0,87	0,7	0,2327
G70	Uso de ferramentas para controle da dispensação de medicamentos	1,95	0,29	1,82	0,52	0,0721	1,96	0,26	1,9	0,43	0,2690

Continua

Tabela 29 - Comparação do desempenho entre o melhor grupo de serviços e o pior nos indicadores da dimensão gerenciamento técnico do trabalho segundo domínio e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419. Continuação.

Domínio	2007					2010					
	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	
G71	Atualização do número de pacientes em ARV a partir dos óbitos notificados observados no controle de dispensação	1,83	0,57	1,59	0,8	<0,05	1,76	0,66	1,59	0,8	0,1318
G98	Planejamento de atividades do serviço: uso de dados epidemiológicos locais	1,62	0,79	1,35	0,94	<0,05	1,90	0,45	1,36	0,93	0,001
G99	Planejamento de atividades do serviço: participação da equipe multiprofissional, sociedade civil e gestores locais	1,79	0,49	1,35	0,84	0,001	1,81	0,51	1,41	0,82	<0,001
G100	Participação do serviço na priorização dos recursos destinados ao financiamento das ações de HIV/Aids	1,57	0,8	1,26	0,94	<0,05	1,81	0,54	1,33	0,92	0,001
G103	Frequência da avaliação das atividades assistenciais	1,40	0,77	0,88	0,91	0,001	1,46	0,8	0,9	0,91	<0,001
G104	Uso de dados locais do serviço e/ou região na avaliação das atividades assistenciais	1,86	0,44	1,46	0,79	0,001	1,91	0,39	1,47	0,76	<0,001
Atualização dos profissionais											
G84	Profissionais que recebem capacitação anual	1,91	0,28	1,6	0,5	<0,001	1,88	0,33	1,60	0,57	0,001

Continua

Tabela 29 - Comparação do desempenho entre o melhor grupo de serviços e o pior nos indicadores da dimensão gerenciamento técnico do trabalho segundo domínio e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419. Continuação.

Domínio	2007					2010					
	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	
G85	Oferta de suporte financeiro para a participação dos profissionais em capacitações, congressos e similares	1,62	0,79	1,26	0,97	<0,05	1,72	0,69	1,33	0,94	<0,05
G86	Disponibilidade de materiais técnicos para consulta Comunicação e interação Serviço, Usuários e Comunidade	1,45	0,53	1,27	0,58	<0,05	1,57	0,5	1,30	0,59	<0,05
G105	Encaminhamento de forma organizada das reclamações dos pacientes	1,93	0,32	1,51	0,83	0,001	1,94	0,22	1,57	0,79	0,001
G106	Participação da sociedade civil no encaminhamento de soluções de problemas	1,79	0,61	0,65	0,94	<0,001	1,72	0,69	0,74	0,97	<0,001
G107	Integração com outros órgãos ou instituições não vinculadas diretamente à saúde	1,90	0,45	1,46	0,89	0,001	2	0	1,54	0,84	<0,001
Coordenação do trabalho											
G87	Reuniões sistemáticas para discussão de casos e condutas	0,76	0,84	0,38	0,72	0,001	0,83	0,8	0,45	0,76	<0,001
G88	Profissional responsável por questões administrativas no serviço	1,22	0,86	0,58	0,82	<0,001	1,26	0,85	0,65	0,84	<0,001
G90	Profissional responsável pela coordenação técnica no serviço	1,62	0,52	1,32	0,64	0,001	1,55	0,53	1,31	0,63	<0,05

Continua

Tabela 29 - Comparação do desempenho entre o melhor grupo de serviços e o pior nos indicadores da dimensão gerenciamento técnico do trabalho segundo domínio e aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2007 e 2010. N=419. Conclusão.

Domínio	2007					2010					
	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	Melhor grupo (n=58)	DP	Pior grupo (n=361)	DP	p*	
G91	Desenvolvimento de atividades gerenciais pelo responsável técnico do serviço	1,38	0,72	1,01	0,75	0,001	1,22	0,7	0,93	0,74	<0,05
G93	Realização de reuniões de trabalho	1,09	0,78	0,47	0,76	<0,001	1,19	0,69	0,55	0,79	<0,001
G94	Participação da equipe multiprofissional e sociedade civil em reuniões de trabalho	1,86	0,51	1,43	0,9	0,001	1,93	0,37	1,32	0,95	<0,001
G95	Participação de membros da equipe em reuniões multiprofissionais	1,79	0,61	1,27	0,92	<0,001	1,41	0,92	0,76	0,95	<0,001
G96	Atividades ofertadas para minimizar o sofrimento dos profissionais que atendem os pacientes de HIV/Aids	0,74	0,74	0,38	0,71	<0,001	0,74	0,66	0,45	0,74	<0,001
G97	Suporte técnico-administrativo dado aos profissionais	1,26	0,93	0,99	0,94	<0,05	1,5	0,82	1,16	0,93	0,001
G102	Medidas adotadas em caso de dificuldades no gerenciamento do serviço	1,45	0,6	1,03	0,76	0,001	1,41	0,59	1,2	0,61	<0,05

* Teste de Mann-Whitney. FONTE: Qualiaids 2007 e 2010; a autora

PARTE III

6 DISCUSSÃO

A avaliação de 2010 mostrou que os serviços de assistência a pessoas com HIV possuem suporte adequado de recursos de provisão federal para desenvolver as atividades básicas do fluxograma geral da assistência, que compreende as atividades realizadas pelos serviços antes, durante e após a consulta médica. No entanto, o conjunto de serviços apresentou dificuldades no domínio Disponibilidade de Recursos, no que diz respeito a recursos provenientes da rede local e que garantem a manutenção adequada dos diversos fluxos que surgem a partir do serviço de HIV para os serviços e especialistas da rede de atenção. Esses resultados são semelhantes aos reportados no primeiro *Qualiaids*, em 2002⁷, que também contrastou a melhoria constante na disponibilidade dos recursos de provisão federal (Exames de Carga Viral e CD4 e antirretrovirais) com a manutenção problemática da disponibilidade de recursos que dependem da infraestrutura e organização do SUS local.

À exceção da ginecologia, não há prontidão – acesso em até 15 dias - para as especialidades de psiquiatria, neurologia, proctologia, cardiologia, oftalmologia e cirurgia geral na maioria dos serviços. A prontidão da entrega do resultado de exames complementares específicos também ocorre em menos da metade do conjunto dos serviços. Ressalta-se também a permanência de baixa

disponibilidade de dentistas, tanto nos próprios serviços quanto em outros serviços da rede local. A situação da rede local também se reflete na manutenção de dificuldades com vagas para internação.

Para a boa vinculação do paciente recém-diagnosticado ao seguimento, o primeiro atendimento deve ser realizado logo após o diagnóstico, mas algumas deficiências importantes permanecem em relação ao acolhimento. Houve diminuição no número de serviços que atendem os pacientes novos no mesmo dia que procuram o serviço. Nesse primeiro contato com o serviço, o atendimento tem sido realizado com menos frequência por profissionais de nível superior, e, apesar de os pacientes saírem do primeiro atendimento com a consulta de retorno agendada em quase todos os serviços, em apenas metade deles a primeira consulta médica é realizada em até uma semana. O tempo previsto para consultas de casos novos diminuiu em pouco mais da metade dos serviços, com aumento do intervalo médio entre as consultas de seguimento.

A promoção da retenção diz respeito à manutenção do paciente em seguimento no serviço de saúde. Essa etapa representa o maior *gap* do Contínuo do Cuidado em HIV no Brasil²², e a não realização das atividades relacionadas a essa etapa nos serviços pode interferir na criação do vínculo entre o serviço e o paciente, e levar o paciente ao abandono das consultas médicas de seguimento e ter pior adesão ao tratamento⁸¹. O agendamento da consulta médica com hora marcada para cada paciente evita longos tempos de espera e mostra respeito com o usuário; no entanto, essa atividade manteve-se

²² Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico HIV-AIDS. Brasília (DF); Ministério da Saúde: 2015 [citado 2016 mar 16]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf

em apenas 27% dos serviços. A maioria dos serviços agendam todos os pacientes no início do turno, o que implica longos períodos de espera e a menor satisfação dos pacientes.

O fortalecimento da busca do paciente faltoso pode diminuir a morbidade relacionada à falta na consulta marcada, principalmente no primeiro ano de seguimento⁸², e reengajá-lo no cuidado⁸³. Entre os serviços que relatam realizar de alguma forma a convocação de pacientes que faltam na consulta médica agendada, apenas 28% dos serviços convocam todos os faltosos.

Por outro lado, a busca do paciente faltoso pelo serviço também é oportunidade de reengajá-lo ao seguimento, mas, mesmo com aumento de 2007 para 2010, não chega à metade o número de serviços que reportam atender no mesmo dia os pacientes faltosos que procuram o serviço sem agendamento.

A promoção da adesão ao tratamento também faz parte do conjunto de atividades realizadas pelo serviço, a fim de garantir melhores resultados clínicos entre os pacientes do serviço. Inclui-se, nesse conjunto, o agendamento de consultas em até 15 dias após o início da TARV, que se manteve em pouco mais de 60% dos serviços.

O acompanhamento semanal após a introdução da TARV na vida do paciente até que ele se adapte ao tratamento é tao importante quanto a realização de atividade de monitoramento e apoio da adesão ao tratamento. Atividades de apoio à adesão para pacientes que apresentam dificuldades em aderir ao tratamento são realizadas predominantemente durante a consulta médica. A realização de grupos de apoio à adesão foi reportada por menos de um terço dos serviços.

No que tange ao registro sistemático de informações, os serviços deixaram de registrar informações importantes, que interferem diretamente no controle de resultados e processos. O prontuário único tem sido utilizado com mais frequência por todos os setores da assistência. Já o preenchimento das fichas de notificação epidemiológica tem sido feito com mais frequência por outros profissionais de nível universitário ao invés do médico.

O uso de dados elaborados pelo gestor do serviço de saúde, a partir de informações a respeito dos pacientes e o cuidado que recebem, pode auxiliar os gestores na avaliação de processos e na implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade do cuidado nos serviços.^{84,85} Nesse sentido, os sistemas informatizados podem ser utilizados como ferramenta de apoio à gestão^{86,87} pois reúnem dados clínicos que refletem o processo de trabalho.

A formação de cinco grupos de qualidade em 2010 representa grande variabilidade na qualidade organizacional dos serviços brasileiros. O desempenho geral dos serviços que compõem esses grupos também foi pior que em 2007. No entanto, os fatores que aumentam a chance de os serviços pertencerem ao melhor grupo de qualidade são os mesmos apresentados no estudo realizado com os dados do Qualiaids 2001/2⁶⁸.

As variáveis porte do município e abertura do serviço por mais de 5 dias na semana também foram preditoras da qualidade, fato que se deve à melhor infraestrutura e capacidade técnica desses serviços, estruturados no início da epidemia em municípios onde a epidemia causou grande impacto e gerou necessidade imediata de organização da resposta por meio de serviços.

Os serviços que apresentaram melhor desempenho nos dois anos de aplicação do questionário obtiveram melhor desempenho na capacidade de

articular-se com a rede local para prover recursos que são essenciais para promover atendimento adequado aos pacientes atendidos no serviço, como exames de rotina e seguimento, acesso a especialidades médicas, acesso a outras modalidades assistenciais, medicamentos para infecções oportunistas e exames mais complexos. A aquisição e disponibilidade de medicamentos oportunistas, por exemplo, é baseada na pactuação de responsabilidades entre os diferentes níveis de gestão (Estados, regionais e municípios) nas diferentes instâncias de pactuação do SUS, e está prevista na Lei Orgânica 9.313, que orienta a aquisição desses medicamentos pelos gestores⁸⁸. Nesses serviços, a formação do gerente em atividades gerenciais, realizada por meio de especializações em saúde pública ou administração em saúde, também é melhor nos dois anos de aplicação.

Esses serviços também apresentaram desempenho superior na realização de atividades do fluxograma assistencial geral. Cabe ressaltar o excelente desempenho obtido por tais serviços nas atividades relacionadas ao monitoramento e apoio à adesão. A realização de atividades de monitoramento da adesão (contagem de medicamentos, avaliação de dificuldades relacionadas ao medicamento e a vida pessoal), bem como o processo para identificação de pacientes com dificuldades são amplamente reconhecidas e recomendadas na literatura, assim como o uso de estratégias de apoio aos pacientes que apresentam dificuldades⁸⁹.

A dimensão do gerenciamento técnico foi a dimensão em que esses serviços apresentaram melhor desempenho. A capacidade desses serviços de registrar e dispor de informações relacionadas ao conjunto é superior aos demais. Apresentaram ótimo desempenho nos indicadores que avaliaram o uso

de dados epidemiológicos - produzidos a partir do serviço por meio da coleta de informações de relatórios de atividades, satisfação do usuário e prontuários – na avaliação e planejamento das atividades.

7 CONCLUSÕES

A qualidade organizacional média dos serviços do SUS que acompanham pessoas com HIV mudou pouco de 2007 a 2010. Houve pequena melhoria na disponibilidade de recursos e na organização do processo da assistência. Não houve diferença no gerenciamento técnico.

Os serviços que permaneceram no grupo de melhor qualidade nas duas avaliações mostram mais capacidade de organizar o trabalho assistencial de modo programático⁹⁰ articulando a atenção individual às prioridades técnicas, clínica e epidemiologicamente definidas, à promoção dos direitos dos sujeitos.

Tal articulação se viabiliza em dois pólos:

- Nas atividades gerenciais de sustentação técnica do conjunto do serviço, entre as quais são exemplos representativos: a manutenção de registros que produzem dados úteis para o monitoramento dos resultados do serviço e do trabalho de cada um dos profissionais; a realização de reuniões periódicas com toda a equipe; a manutenção da integração com a rede de serviços; os mecanismos de diálogo com os usuários (ouvidoria, conselho de saúde);

- Nas atividades gerenciais dirigidas ao atendimento de cada paciente: fluxogramas assistenciais operacionalizam as prioridades éticas e técnicas do programa, tais como: prontidão no atendimento aos grupos de maior risco de abandono; oferta programada de assistência ginecológica e reprodutiva; mecanismos de integração do trabalho multiprofissional (equipe de referência, projetos terapêuticos, discussões de caso).

A maioria dos serviços que se mantiveram nos melhores grupos de qualidade são aqueles com mais de 100 pacientes, localizados em cidades

populosas e que têm longo tempo de existência. Isso reflete, por um lado, a própria estrutura e disseminação da epidemia no país, e, por outro lado, confirma a importância da experiência dos profissionais e, nesse caso, particularmente, da gerência local. A qualificação dos gerentes - cuja formação em saúde pública já mostra influência - parece ser uma das medidas mais importantes para a melhoria da qualidade.

O porte maior não pode ser, evidentemente, um modelo para todo o país. Em muitos locais, há necessidade de manter serviços de menor porte. Entretanto, a necessidade de acesso não deve excluir a necessidade de padrões mínimos de qualidade e da articulação efetiva com serviços de maior porte e complexidade.

Reitera-se, por fim, que o principal pilar de sustentação do programa brasileiro de aids é o Sistema Único de Saúde. A implantação da assistência e do tratamento da aids no Brasil responderam a circunstâncias excepcionais: a gravidade clínica e epidemiológica da doença e a mobilização social, técnica e científica que a aids suscitou em muitos países. Mas no Brasil, sem dúvida, a existência do SUS permitiu que essa excepcionalidade influenciasse as reações de profissionais e gestores da saúde, o que conduziu a uma política assistencial inédita, tanto pela amplitude quanto pela qualidade do cuidado.

Não haverá melhoria significativa e sustentada do contínuo do cuidado em HIV sem recursos que possibilitem o incremento da qualidade e da integração de todos os níveis dos serviços de saúde do SUS.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O Questionário Qualiaids contempla apenas as dimensões organizacionais da qualidade. Por se tratar de um estudo censitário por adesão, 34% dos serviços existentes em 2007 e 41% dos serviços existentes em 2010 não entraram na análise comparativa por não participar de alguma das aplicações. As características desses serviços foram reportadas em outros momentos pela equipe de pesquisa²³. Por outro lado, a distribuição dos serviços analisados contempla a diversidade de localizações e tipos de serviços que atendem pessoas que vivem com HIV no Brasil.

Embora o Questionário Qualiaids tenha, durante a última década, mantido bom poder de discriminação, as transformações que ocorreram no campo do cuidado em HIV/Aids indicaram a necessidade de adaptação do questionário. A validação de um novo Questionário Qualiaids foi concluída em 2016.

A qualidade em serviços de saúde deve ser pensada sempre de modo incremental. O uso de metodologias de monitoramento da qualidade, como o Qualiaids, que contempla indicadores de processo e valoriza condições necessárias para o cuidado contínuo de pessoas que vivem com HIV, é imprescindível ao se tratar de iniciativas de aprimoramento da qualidade da assistência em saúde.

²³Nemes MIB, Caraciolo JMM, Santos MA, Alves AM, Yokaichiya CM, Prado RR, Vale FC, Baccarini R, Rossetto EV, Basso CR. Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/Aids no Brasil. Relatório da Aplicação Qualiaids 2010. Relatório de Pesquisa, São Paulo, 2012 (mimeo). Disponível em sistemas.aids.gov.br/qualiaids/. Último acesso em 06/08/2015.

Esse estudo tem caráter comparativo, e optou-se em determinado momento por dividir os serviços em “melhor grupo” e “pior grupo”, a fim de identificar as ações que podem ser utilizadas como objeto pelo Departamento Nacional de IST, Aids e HV, na proposição de novas metas de melhoria da qualidade organizacional. Dessa maneira, a separação da amostra em grupos torna-se inevitável, e, nesse caso, optou-se por fazer esse recorte considerando como critério o serviço fazer parte do melhor grupo de qualidade/melhor desempenho nos dois anos da aplicação nacional, ou seja, ser um “bom” serviço nesses dois momentos.

Em que pesem os limites de abrangência das dimensões da qualidade do Questionário Qualiaids, os resultados conformam uma avaliação do desempenho geral da assistência para pessoas que vivem com HIV no SUS, que pode ser imediatamente utilizada por todos os níveis de gestão e gerência do programa. Seu desejável impacto na qualidade depende, entretanto, da sua adequada utilização por todos esses níveis.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como parte das ações de melhoria da qualidade assistencial em todo o contínuo do cuidado, por meio de uma parceria Universidade-SUS, o Departamento Nacional de IST, HIV/Aids e HV apoia o projeto QualiRede: Qualificação da Rede de Cuidados em IST, HIV/Aids e Hepatites Virais, que tem por objetivo a qualificação e a construção de respostas regionais à epidemia de HIV/Aids no Brasil por meio de uma intervenção estruturada que considera a participação dos diferentes atores (gestores e profissionais da assistência) envolvidos no cuidado em HIV, aids e hepatites virais e diversos tipos de indicadores na construção de planos regionais.



www.qualirede.org

Esse projeto tem sido realizado em regiões de saúde consideradas importantes epidemiologicamente, e espera-se que seja replicado em outras regiões do país, pois pode contribuir com a qualificação dos gestores que estão à frente dos serviços de atenção e com a melhor qualidade organizacional dos serviços que não compõem o melhor grupo apresentado neste estudo.

10 ANEXOS

ANEXO 1: Questionário Qualiaids

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento DST, Aids e Hepatites Virais

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



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

Serviço:

Município/ Estado:

Endereço:

Responsável pelo serviço de HIV/Aids:

Responsável pelo preenchimento do questionário:

Função:

Contatos para conferência: Telefone:

Fax:

E-mail:

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

1. Qual a instituição gestora** deste serviço?

Assinale apenas uma alternativa

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

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

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

© 2003 Equipe de Pesquisa QualiAids. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução do questionário e do guia, desde que citada a fonte e que não seja para qualquer fim exceto o da autoavaliação da assistência ambulatorial em HIV e Aids dos serviços do Sistema Único de Saúde ou participação no Sistema QualiAids do Departamento de DST/aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. É proibida a modificação da obra sem a expressa manifestação dos responsáveis pelos direitos autorais.

<p>2. Esse serviço de assistência à HIV/Aids está localizado em uma unidade do tipo:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <p>(1) Ambulatório de assistência a várias especialidades ou ambulatório de infectologia. (2) Ambulatório de assistência especializada às pessoas vivendo com HIV/Aids (ambulatório de DST/HIV/Aids isolado) (3) Ambulatório vinculado a Hospital (4) Unidade básica de saúde</p>
<p>3. Quantos pacientes com HIV/Aids estão atualmente em seguimento ambulatorial?</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Considerar todos os pacientes em uso ou não de antirretroviral.</p> <p>(1) Número de pacientes com idade acima de 13 anos _____ (2) Não é possível obter esses dados</p>
<p>4. Quantas consultas médicas são realizadas por esse serviço de HIV/Aids por mês ?</p> <p>➤ Considere a média mensal de consultas realizadas por esse serviço no último ano*.</p> <p>➤ Considere EXCLUSIVAMENTE o número de consultas médicas realizadas por infectologistas ou clínicos responsáveis pelo seguimento dos pacientes com HIV/Aids. Não incluir consultas de ginecologia ou de outras especialidades</p> <p>(1) Consultas/mês de HIV/Aids realizadas com pacientes acima de 13 anos: _____ (2) Não é possível obter esse dado.</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">* considere o período de 01 / Jan. a 31 / Dez. do ano anterior ao preenchimento do questionário</p>
<p>5. Quantos pacientes HIV/Aids maiores de 13 anos foram agendados para consulta médica no último mês?</p> <p>(1) Consultas agendadas de HIV/Aids para maiores de 13 anos: _____ (2) Não é possível obter esse dado</p>
<p>6. Quantos pacientes HIV/Aids maiores de 13 anos faltaram às consultas médicas agendadas no último mês?</p> <p>(1) Número de faltas em consultas médicas no último mês em HIV/Aids (2) Não é possível obter esse dado</p>
<p>7. Quantos dias por semana o ambulatório de HIV/Aids está aberto ao público?</p> <p>(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</p>

(6) Mais de 5 dias por semana
8. Quantas horas por dia o ambulatório de HIV/Aids está aberto ao público? (1) 4 horas por dia (2) 6 horas por dia (3) 8 horas por dia (4) 12 horas por dia (5) Mais de 12 horas por dia
9. Em relação aos estágios e/ou capacitações oferecidos por esse serviço pode-se dizer que: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> Considerar como capacitação as atividades de educação permanente que visem o fortalecimento e/ou descentralização das ações. Não considerar palestras para a população geral ou grupos populacionais. </div> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> (1) Não se aplica, pois esse serviço não realiza nem oferece campo para estágios e capacitações (2) São dirigidos a seus próprios alunos, porque esse serviço faz parte de uma instituição de ensino (3) São dirigidos a alunos/profissionais de outros serviços ou instituições, com supervisão de profissionais "externos", vinculados a estas instituições (4) São dirigidos a alunos/profissionais de outras instituições, com supervisão de profissionais desse serviço de HIV/Aids
10. Qual o número de consultórios e salas para atendimento? > <u>Quando a sala for ocupada com mais de uma finalidade contabilizá-la apenas 1 vez</u> ____ Consultórios médicos ____ Salas para atendimento de enfermagem ____ Salas para atendimento individual por outros profissionais ____ Salas para atendimento em grupo
11. Em relação ao acesso pode-se afirmar que: <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> (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
12. A demanda de rotina do ambulatório é atendida: <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> (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

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

➤ **Não contar médicos residentes**

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

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

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

(1) Todos os médicos possuem 5 ou mais anos de experiência

(2) Todos os médicos possuem menos de 5 anos de experiência

(3) A maioria dos médicos da equipe possui mais de 5 anos de experiência

(4) A maioria dos médicos da equipe possui menos de 5 anos de experiência

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

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

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

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

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

➤ Na coluna A coloque o número de profissionais que atendem pacientes com HIV/Aids por categoria

➤ Enumere nas colunas B e C quantos profissionais são exclusivos para atendimento a pacientes com HIV/Aids e quantos não o são.

Áreas de especialidade	Número total de Profissionais	Número de profissionais que atendem HIV/Aids segundo a exclusividade	
		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			

II. Sistema de registro e informações	
17. Os prontuários dos pacientes com HIV/Aids:	
	<u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u>
	<ul style="list-style-type: none"> (1) São arquivados junto com os demais prontuários desse serviço (arquivo único) (2) São arquivados separadamente (em arquivo exclusivo desses pacientes) (3) São utilizados por todos os setores de assistência desse serviço (prontuário único) (4) São utilizados apenas pelos profissionais da equipe que acompanha os pacientes de HIV/Aids (5) Outros
18. O registro do conteúdo da assistência prestada (história, condutas etc.) por profissional de nível universitário não-médico (psicólogo, assistente social, enfermeiro etc.) é realizado:	
	<u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u>
	<ul style="list-style-type: none"> (1) No prontuário do paciente (prontuário único) (2) Em livros ou fichas separadas (3) Esse tipo de registro não é feito
19. Assinale as informações que possuem registro sistemático nesse serviço:	
ATENÇÃO: os itens de 1 a 9 são informações sobre procedimentos/ações e a partir do item 10 são relacionadas a pacientes.	
	<u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u>
	<ul style="list-style-type: none"> (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 antirretroviral (16) Primeiro atendimento no ano de cada paciente (17) Número de óbitos (18) Número de pacientes por esquema terapêutico com antirretroviral (19) Outros

<p>20. No atendimento médico, o registro é feito:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <p>(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</p>
<p>21. Em que outros atendimentos são utilizados formulários padronizados?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <p>(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</p>
<p>22. De rotina, o preenchimento das fichas de notificação epidemiológica é realizado pelo seguinte profissional:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <p>(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</p>
<p>III. Captação da demanda e primeiro atendimento de pacientes HIV/Aids</p>
<p>23. Quando o teste diagnóstico do HIV é oferecido nesse serviço, a orientação e o aconselhamento pré-teste são realizados:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <p>(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</p>

(6) O teste não é oferecido nesse serviço
<p>24. A orientação e o aconselhamento pós-teste, quando realizados nesse serviço, são feitos por quais profissionais?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <p>(1) Profissional de nível médio (auxiliar/técnico) (2) Profissional de nível universitário (3) A orientação e o acompanhamento pós-teste não são realizados</p>
<p>25. Caso o paciente com sorologia positiva confirmada não retornar a esse serviço:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <p>(1) Aguarda o retorno espontâneo (2) Convoca, tendo o cuidado de não quebrar o sigilo (3) Convoca, apenas se for gestante, tendo o cuidado de não quebrar o sigilo (4) Não se aplica, pois a testagem é anônima (5) Não se aplica, pois esse serviço não oferece exame</p>
<p>26. Os pacientes que procuram atendimento pela primeira vez nesse serviço são de rotina:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <p>(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</p>
<p>27. Nesse primeiro atendimento, as atividades realizadas são:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <p>(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</p>

<p>(9) Investigação e orientação sobre parceria sexual</p> <p>(10) Investigação de tempo de diagnóstico</p> <p>(11) Investigação sobre o uso anterior de antirretroviral</p> <p>(12) Outros</p>
<p>28. Quando o paciente de HIV/Aids não é matriculado nesse serviço, na maioria das vezes ele é:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <p>(1) Encaminhado verbalmente para outro serviço</p> <p>(2) Encaminhado com guia/carta para outro serviço</p> <p>(3) Encaminhado com guia/carta para outro serviço após contato e/ou agendamento</p> <p>(4) Não se aplica, pois todos os casos são absorvidos por esse serviço</p>
<p>29. Após o primeiro atendimento, o paciente sai desse serviço com a consulta de retorno agendada?</p> <p>(1) Não</p> <p>(2) Sim</p>
<p>30. Qual o intervalo médio de tempo entre o primeiro atendimento nesse serviço e a primeira consulta médica de HIV/Aids (excluindo os casos graves)?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <p>(1) O primeiro atendimento sempre é a primeira consulta</p> <p>(2) Menos de 1 semana</p> <p>(3) De 1 a 4 semanas</p> <p>(4) De 5 a 8 semanas</p> <p>(5) Mais de 8 semanas</p>
<p>IV. Organização geral da assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids</p>
<p>31. Quando chega a esse serviço, o paciente com consulta marcada com o médico:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <p>(1) Passa antes por atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem</p> <p>(2) Passa antes por atendimento com o enfermeiro</p> <p>(3) Passa por atendimento prévio ao do médico com outro profissional de nível superior</p> <p>(4) Passa em consulta médica sem nenhum outro atendimento prévio</p> <p>(5) Passa por atendimento prévio ao do médico dependendo da necessidade do paciente</p> <p>(6) Outros</p>
<p>32. Quando existe pré-consulta de rotina (atendimento realizado pela enfermagem, antes da consulta médica), sua finalidade é:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <p>(1) Aferir peso e/ou pressão arterial</p>

<p>(2) Verificar queixas agudas e definir prioridades de atendimento</p> <p>(3) Fornecer preservativos</p> <p>(4) Verificar a adesão aos antirretrovirais</p> <p>(5) Outros</p> <p>(6) Não se aplica, pois a pré-consulta não é realizada</p>
<p>33. São realizadas atividades com os pacientes na sala de espera?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <p>(1) Habitualmente não</p> <p>(2) Sim, através da discussão de temas propostos pelos pacientes</p> <p>(3) Sim, habitualmente são passados vídeos educativos</p> <p>(4) Sim, habitualmente são realizadas palestras</p> <p>(5) Outros</p>
<p>34. As consultas médicas são agendadas:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <p>(1) Com hora marcada para cada paciente</p> <p>(2) Por grupos de pacientes por hora (por bloco)</p> <p>(3) Todos os pacientes no início do turno</p> <p>(4) Para cada médico existe uma rotina</p> <p>(5) As consultas não são agendadas antecipadamente</p>
<p>35. Quantas consultas são previstas por período de 4 horas de trabalho para cada infectologista e/ou clínico (agendadas e extras)?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <p>(1) Menos de 8 consultas</p> <p>(2) 8 consultas</p> <p>(3) 10 consultas</p> <p>(4) 12 consultas</p> <p>(5) 16 consultas</p> <p>(6) 20 consultas</p> <p>(7) acima de 20 consultas</p>
<p>36. O número de consultas médicas para casos novos é pré-estabelecido para cada médico por período?</p> <p>(1) Não</p> <p>(2) Sim</p>
<p>37. Nas consultas de retorno, o mais freqüente é que o paciente seja agendado:</p>

<u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u>
<ul style="list-style-type: none"> (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
<p>38. Qual a forma de acesso ao atendimento odontológico nesse serviço?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (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
<p>39. Para as mulheres, qual a forma de acesso predominante ao atendimento médico ginecológico nesse serviço?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (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
<p>40. Esse serviço possui padronizações de condutas (protocolos)?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (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
<p>41. No caso de existirem padronizações, como foram elaboradas?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (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

V. Seguimento ambulatorial de rotina de pacientes HIV/Aids

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Preenche os formulários para dispensação de antirretrovirais
- (2) Investiga as dificuldades no uso de antirretrovirais
- (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

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

- (1) 30 dias

<ul style="list-style-type: none"> (2) 60 dias (3) 90 dias (4) 120 dias (5) acima de 120 dias
<p>46. Para os pacientes em uso de antirretroviral, Qual é o intervalo médio entre as consultas de rotina?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 30 dias (2) 60 dias (3) 90 dias (4) acima de 90 dias
<p>47. Qual o intervalo de rotina para o retorno em consulta médica ou com profissional de nível superior quando é introduzida a terapia anti-retroviral nesse serviço?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 7 dias (2) 15 dias (3) 30 dias (4) 60 dias (5) Não existe uma rotina diferente no início da terapia antirretroviral
<p>48. Para os pacientes em seguimento, o uso correto da medicação geralmente é verificado através de:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (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
<p>49. Qual o mecanismo utilizado para garantir acesso aos antirretrovirais quando o agendamento de rotina prevê um intervalo entre as consultas de mais de 30 dias?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Quando o paciente está estável leva prescrição para 60 dias (2) A enfermeira ou o farmacêutico autoriza a retirada da medicação

<p>(3) O paciente passa por consulta de enfermagem e, após orientações, retira a medicação previamente prescrita</p> <p>(4) O paciente passa por atendimento com farmacêutico e, após orientações retira a medicação previamente prescrita</p> <p>(5) O médico deixa prescrição pronta no serviço para o próximo mês</p> <p>(6) O paciente sempre leva prescrição para 60 dias</p> <p>(7) Isso não acontece</p>
<p>50. Quando um paciente apresenta dificuldades no tratamento com antirretroviral:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <p>(1) O retorno é realizado em intervalos menores</p> <p>(2) O paciente é encaminhado para grupos de adesão</p> <p>(3) O paciente é encaminhado para orientação individual com profissional de nível superior</p> <p>(4) Há mudança de esquema terapêutico, se possível</p> <p>(5) Há reforço da importância da adesão nas consultas médicas</p> <p>(6) Outros</p>
<p>51. No caso do paciente ficar sem medicação, por razões imprevistas, ele é orientado a:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <p>(1) Agendar consulta médica</p> <p>(2) Passar em consulta extra (encaixe na agenda ou pronto atendimento)</p> <p>(3) Pegar receita com enfermagem ou farmacêutico até a próxima consulta</p> <p>(4) Outros</p>
<p>52. A pós-consulta (atendimento de enfermagem após o atendimento médico) é realizada com a finalidade de:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <p>(1) Agendar retorno</p> <p>(2) Agendar exames</p> <p>(3) Orientar uso de medicação</p> <p>(4) Fornecer preservativos</p> <p>(5) Orientar uso de preservativos</p> <p>(6) Orientar encaminhamentos para outros serviços</p> <p>(7) Orientar encaminhamentos para benefícios sociais</p> <p>(8) Orientar sobre direitos civis</p> <p>(9) Outros</p> <p>(10) Não há pós-consulta</p>
<p>53. Em relação ao desejo de ter filhos por parte das pessoas que vivem com HIV/Aids (homens e</p>

<p>mulheres), os profissionais desse serviço:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <p>(1) Não recomendam a concepção devido aos riscos para a saúde da mulher soropositiva</p> <p>(2) Não recomendam a concepção devido ao risco de transmissão vertical</p> <p>(3) Orientam sobre os riscos e discutem o melhor momento para a concepção</p> <p>(4) Não recomendam a concepção, mas se a mulher engravidar, fazem o acompanhamento</p>
<p>54. Quando o paciente falta ao atendimento agendado, esse serviço:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <p>(1) Aguarda retorno espontâneo em todos os casos</p> <p>(2) Convoca paciente em uso de antirretroviral</p> <p>(3) Convoca os casos com maior gravidade clínica</p> <p>(4) Convoca quando é caracterizado o abandono</p> <p>(5) Convoca os casos que apresentam exames alterados</p> <p>(6) Convoca todos os faltosos</p> <p>(7) Outros</p> <p>(8) Não se aplica, pois esse serviço não faz controle de faltosos.</p> <p>(9) Não se aplica, pois esse serviço não trabalha com agendamento</p>
<p>55. Para os pacientes em uso de antirretroviral, qual o critério de abandono utilizado por esse serviço?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <p>(1) Duas faltas consecutivas na consulta médica (não importando o intervalo de tempo entre as consultas)</p> <p>(2) 3 ou mais faltas consecutivas na consulta médica</p> <p>(3) 2 meses de ausência no serviço</p> <p>(4) De 3 a 5 meses de ausência no serviço</p> <p>(5) 6 meses ou mais de ausência no serviço</p> <p>(6) Após convocação sem comparecimento</p> <p>(7) Outros</p> <p>(8) Não há critério de abandono</p>
<p>56. Esse serviço faz controle do número de óbitos entre seus pacientes?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <p>(1) Não de modo sistemático</p> <p>(2) Sim, sempre que a família avisa</p> <p>(3) Sim, através de informação proveniente do serviço de epidemiologia</p> <p>(4) Sim, esse serviço busca sistematicamente a informação em outros órgãos (por exemplo: veículos de comunicação, registros de óbitos do município, velórios e</p>

outros)

VI. Atendimento não agendado de pacientes HIV/Aids

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

58. Qual a demanda mais frequente para os atendimentos "extras" (consultas não agendadas para pacientes em seguimento)?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Avaliação de queixas clínicas
- (2) Fornecimento de receita de antirretroviral e outras medicações, quando necessário
- (3) Avaliação e reorientação do uso de antirretroviral 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

VII. Características da assistência prestada pela equipe multiprofissional

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

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

61. 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

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

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- (1) Orientação sobre uso correto de medicação
- (2) Discussão sobre adesão

<ul style="list-style-type: none"> (3) Orientação sobre as formas de transmissão e cuidados domésticos (biossegurança) (4) Orientação sobre uso de preservativos (5) Orientação sobre concepção / contracepção (6) Atendimento às DST (abordagem sindrômica) (7) Atendimento aos casos de exposição ocupacional (8) Outros (9) O enfermeiro não realiza consulta de enfermagem (10) Esse serviço não dispõe desse profissional
<p>63. Quais atividades são realizadas pelo psicólogo?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (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
<p>64. Quais atividades são realizadas pelo assistente social?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Recepção e acolhimento de casos novos (2) Discussão e apoio sobre estrutura familiar (3) Discussão e orientação sobre questões trabalhistas (4) Orientação sobre direitos civis e previdenciários (5) Encaminhamentos para benefícios sociais (cesta básica, vale transporte etc.) (6) Grupos de adesão (7) Grupos sobre outros temas específicos (8) Controle de faltosos e/ou busca ativa (9) Atividades de reinserção social e/ou geração de renda (10) Visita domiciliar (11) Outros (12) Esse serviço não dispõe desse profissional
<p>65. As atribuições do farmacêutico são:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p>

<ul style="list-style-type: none"> (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 antirretroviral (6) Controle de faltosos (7) Grupos de adesão (8) Outros (9) Esse serviço não dispõe desse profissional
<p>66. Como os diferentes profissionais da equipe atendem e encaminham os pacientes?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (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

VIII. Medicamentos

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

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

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

MARCAR UMA ALTERNATIVA POR MEDICAMENTO

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

<p>68. Nesse serviço a orientação do uso de antirretroviral é realizada:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none">(1) Na consulta médica(2) Por auxiliar/técnico de enfermagem(3) Na farmácia, por farmacêutico ou pessoal auxiliar(4) Na consulta do farmacêutico(5) Na consulta do enfermeiro(6) No atendimento individual por outros profissionais de nível superior(7) Nos grupos de discussão sobre adesão
<p>69. Nesse serviço, a dispensação de antirretroviral na primeira prescrição é feita:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <ul style="list-style-type: none">(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
<p>70. O controle da dispensação de medicamentos é feito através de:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none">(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
<p>71. Ao realizar o controle de dispensação dos antirretrovirais, este serviço retira os óbitos notificados, de forma a atualizar as informações sobre o número de pacientes em uso de antirretrovirais?</p> <ul style="list-style-type: none">(1) Não(2) Sim(3) Não se aplica, pois esse serviço não dispensa antirretroviral

72. Classifique os antirretrovirais 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) Abacavir (ABV) comp. 300mg						
(2) Atazanavir (ATZ) comp. 200mg						
(3) Atazanavir (AZT) comp. 300mg						
(4) Darunavir (DRV) comp. 300mg						
(5) Didanosina EC comp.400mg						
(6) Didanosina EC comp.250mg						
(7) Efavirenz (EFV) caps. 600mg						
(8) Efavirenz (EFV) caps. 200mg						
(9) Enfuvirtida (T20) fr.amp.90mg						
(10) Estavudina (D4T) comp 30 mg						
(11) Fosamprenavir (FPV) comp. 700mg						
(12) Indinavir (INV) comp. 400mg						
(13) Lamivudina (3TC) comp.150mg						
(14) Lopinavir/r (LPV) comp. 200mg + 50mg						
(15) Nevirapina (NPV) caps. 200mg						
(16) Raltegravir (RAL) comp. 400mg						
(17) Ritonavir (RTV) comp.100mg						
(18) Saquinavir (SQV) cps. gelatinosas 200mg						
(19) Tenofovir (TFD) comp. 300mg						
(20) Zidovudina (AZT) comp. 100mg						
(21) Zidovudina (AZT) suspensão						
(22) Zidovudina (AZT) injetável						
(23) Zidovudina 300mg + Lamivudina 150mg						

() Esse serviço não possui essas informações

73. **Caso esse serviço não dispense** antirretrovirais, 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 frequente 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 antirretroviral

IX. Apoio diagnóstico e terapêutico

74. 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)				

75. 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

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

ESCOLHA UMA ALTERNATIVA POR EXAME

CONSIDERE O TEMPO A PARTIR DA SOLICITAÇÃO DO EXAME

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

EXAMES	Não disponível	Disponível com tempo médio de espera para o resultado de:					
		A)	B) até 7 dias	C) 8 a 15 dias	D) 16 a 30 dias	E) 31 a 45 dias	F) 46 dias ou mais
(1) Amilase							
(2) Bilirrubina/frações							
(3) Colesterol							
(4) Creatinina							
(5) Glicose							
(6) TGO/TGP							
(7) Uréia							
(8) Triglicérides							
(9) Hemograma							
(10) Hemocultura Bactéria							
(11) Coprocultura							
(12) Urocultura							
(13) BAAR							
(14) PPD							
(15) Urina I/EAS (elementos anormais no sedimento urinário)							
(16) Parasitológico de fezes							
(17) Anti-HIV (Elisa)							
(18) Western-Blot							
(19) Imunofluor para HIV							
(20) S. Hepatite B							
(21) S. Hepatite C							
(22) S. Toxoplasmose							
(23) CD4/CD8							
(24) Carga Viral							

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

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

ESCOLHA UMA ALTERNATIVA POR EXAME

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

78. 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

79. 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

80. 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) Ginecologia						
(2) Psiquiatria						
(3) Neurologia						
(4) Proctologia						
(5) Cardiologia						
(6) Oftalmologia						
(7) Cirurgia Geral						
(8) Odontologia						
(9) Psicologia						
(10) Serviço social						

X. Cuidados de Biossegurança

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

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

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

- (1) Não
- (2) Sim

83. 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

XI. Capacitação de recursos humanos

84. 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

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

- (1) Não
- (2) Sim

86. 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

87. 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

XII. Gerência	
88.	<p>A responsabilidade administrativa (controle de faltas, férias, alocação de pessoal, contratação) sobre a equipe de assistência à aids nesse serviço é exercida:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (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
89.	<p>O gerente administrativo especificado anteriormente possui formação para a atividade gerencial?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (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
90.	<p>A coordenação técnica (responsável pela assistência, reuniões, supervisão etc.) imediata das atividades ambulatoriais desse serviço de HIV/Aids é realizada:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Pelo gerente desse serviço especializado em HIV/Aids (2) Por um coordenador ou chefia técnica da equipe de assistência ambulatorial (mesmo que não formalizado) (3) Pelo coordenador municipal de DST/aids (4) Por um profissional que acumula a função de coordenação local e municipal do Programa de DST/Aids (5) Não existe coordenação direta das atividades de assistência ambulatorial
91.	<p>As atividades desenvolvidas nesse serviço pelo coordenador técnico da assistência ambulatorial são:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (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

92. 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
93. Esse serviço realiza reuniões de trabalho: <u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u> (1) Semanalmente (2) Quinzenalmente (3) Mensalmente (4) Sem periodicidade definida (5) Nunca realiza
94. Que tipo de reuniões de trabalho esse serviço realiza periodicamente ? <u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u> (1) Reuniões de caráter gerencial (administrativas) (2) Reuniões técnicas/administrativas com toda a equipe multiprofissional (3) Reuniões técnicas por categoria profissional (4) Reuniões ampliadas com a participação de pacientes ou de entidades representativas (ONGs) (5) Outras (6) Não há reuniões
95. Quais membros da equipe participam das reuniões multiprofissionais : <u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u> (1) Diretor técnico (2) Diretor administrativo (3) Chefia médica (4) Médicos (5) Chefia de enfermagem (6) Enfermeiros (7) Assistente social (8) Psicólogos (9) Farmacêuticos (10) Auxiliares/técnicos de enfermagem (11) Não há esse tipo de reunião

96. Que tipo de atividades esse serviço oferece para minimizar o sofrimento dos profissionais que atendem os pacientes de HIV/Aids? <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none">(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
97. Quanto ao suporte técnico-administrativo aos profissionais, são realizadas: <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none">(1) Supervisões técnicas(2) Supervisões administrativas(3) Supervisão institucional(4) Supervisão clínica para os psicólogos(5) Não há nenhum tipo de supervisão
98. 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? <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <ul style="list-style-type: none">(1) Não(2) Não, pois os dados não estão disponíveis(3) Não, pois os dados estão desatualizados(4) Sim
99. No último ano, esse serviço realizou o planejamento de suas atividades: <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none">(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

<p>100. De que modo o serviço participa da priorização dos recursos financeiros destinados ao financiamento das ações de HIV/Aids?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (1) O gerente reúne-se com a equipe e com instâncias superiores (2) O gerente reúne-se apenas com as instâncias superiores (3) Não há participação direta desse serviço nas decisões (4) O gerente reúne-se com a equipe, com usuários (comissões municipais, fóruns ou similares) e instâncias superiores
<p>101. Nos últimos 6 meses, esse serviço teve dificuldades gerenciais com:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Acesso a exames de laboratório em geral (2) Acesso a exames de CD4/Carga Viral (3) Medicação antirretroviral (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
<p>102. Diante das dificuldades enfrentadas no gerenciamento, quais as medidas tomadas na busca de soluções?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (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

<p>103. A avaliação das atividades assistenciais é:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</u></p> <ul style="list-style-type: none">(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
<p>104. As avaliações já realizadas nesse serviço basearam-se em:</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none">(1) Dados de produção ambulatorial(2) Dados epidemiológicos(3) Relatórios de atividades(4) Levantamento da satisfação dos usuários(5) Auditoria de prontuários(6) Levantamento do perfil da demanda(7) Não foram realizadas avaliações(8) Outros
<p>105. Há alguma forma organizada para encaminhar as reclamações dos pacientes?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none">(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
<p>106. Existe participação organizada dos pacientes no encaminhamento de soluções de problemas?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none">(1) Não(2) Sim, através de ONGs(3) Sim, através de conselho gestor ou similar(4) Sim, através de outras formas de organização
<p>107. Existe integração rotineira desse serviço com outros órgãos ou instituições não diretamente vinculadas à saúde?</p> <p style="text-align: center;"><u>ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none">(1) Não(2) Sim, com o setor judiciário

ANEXO 2: Aprovação do comitê de Ética em Pesquisa.

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL EM AIDS, BRASIL: ESTUDO COMPARATIVO 2007/2010.

Pesquisador: MARIA INES B NEMES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42796815.2.0000.0065

Instituição Proponente: FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 992.154

Data da Relatoria: 18/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de tema relevante para a Saúde Coletiva. Está bem redigido, com objetivos bem delimitados e com metodologia adequada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Avaliar os serviços do Sistema Único de Saúde brasileiro de assistência ambulatorial a adultos vivendo com aids em 2010 e comparar com a avaliação de 2007.

Objetivos Específicos

- Descrever o perfil institucional e organizacional dos serviços participantes da avaliação em 2010.
- Comparar entre os resultados das avaliações de 2007 e 2010: diferenças entre os resultados obtidos quanto ao perfil e caracterização dos serviços nos dois períodos; médias obtidas pelo conjunto de serviços que respondeu ao questionário nos dois anos e a porcentagem de melhora e piora das médias de 2007 para 2010.
- Construir um panorama dos ambulatórios brasileiros segundo suas respostas para as diferentes situações avaliadas pelo instrumento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não ha riscos, dado que será utilizado banco de dados sobre serviços, ja coletados em pesquisa

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.248-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 992.154

anteriores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os resultados podem subsidiar melhorias na linha de cuidados da pessoas vivendo com HIV/aids.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há, em função de tratar-se de dados de serviços.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 19 de Março de 2015

Assinado por:
Roger Chammas
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO 3: Carta de aceite do artigo “Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010”.

CSP CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

Rio de Janeiro, 27 de junho de 2017.

Ilmo(a) Sr(a). Ana Paula Loch:

Em nome do Conselho Editorial de Cadernos de Saúde Pública, comunicamos que o artigo de sua autoria, em colaboração com Maria Ines Battistella Nemes, Maria Altenfelder Santos, Ana Maroso Alves, Regina Melchior, Cáritas Relva Basso, Joselita Maria de Magalhães Caraciolo, Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves, Elen Rose Lodeiro Castanheira, Wania Maria do Espírito Santo Carvalho, Ruth Terezinha Kehrig, Aline Aparecida Monroe, intitulado "Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010", foi aprovado quanto ao seu mérito científico.

A conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas. Comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente.

Atenciosamente,

Marília Sá Carvalho

Cláudia Medica Coeli

Luciana Dias de Lima
Editoras

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Rua Leopoldo Bulhões 1480,
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Telefone: (+55 21) 2598-2511
Telefax: (+55 21) 2598-2737
cadernos@fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

REFERÊNCIAS

-
- ¹ Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. A aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ; 1993.
- ² WORLD HEALTH ORGANIZATION, World Health Assembly. *Resolution WHA 40.26 - Global strategy for the prevention and control of AIDS*. Genebra(GE): World Health Organization;1987.
- ³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guideline for the development of a national AIDS prevention and control programme*. Genebra (GE): World Health Organization; 1988. p. 24.
- ⁴ Coalizão Global de Políticas contra a AIDS. Por uma nova estratégia de saúde frente à AIDS - uma proposta da Coalizão Global de Políticas contra a AIDS para os desafios dos anos 90. Rio de Janeiro: Traduzido por ABIA; 1993.
- ⁵ Mercer MA, Liskin L, Scott SJ. The role of non-governmental organizations in the global response to AIDS. *Aids Care*. 1991;3(3):265-270.
- ⁶ Cohen ME. Prevenção. In: Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ; 1993.
- ⁷ Tarantola DJ, Mann JM. Global expansion of HIV infection and AIDS. *Hosp Pract*. 1996;31(10):63-6.
- ⁸ Cameron C, Shepard J. Prevenção. In: Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ; 1993.
- ⁹ Lempp H, deBoard L, Brown J. A "cycle of care": a model of community and hospital HIV/AIDS services. *British Journal of Nursing*.1994;3(22):1198-1204.
- ¹⁰ Schopper D, Walley J. Care for AIDS patients in developing countries: a review. *AIDS Care*. 1992;4(1):89-102.
- ¹¹ Rachlis AR. Zidovudine (Retrovir) update. *CMAJ*. 1990;143(11):1177-85.
- ¹² Lemp GF, Payne SF, Neal D, Temelso T, Rutherford GW. Survival trends for patients with AIDS. *JAMA*. 1990;263(3):402-6.
- ¹³ Richman DD, Fischl MA, Grieco MH, Gottlieb MS, Volberding PA, Laskin OL, Leedom JM, Groopman JE, Mildvan D, Hirsch MS, et al. The toxicity of

azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med*. 1987;317(4):192-7.

¹⁴ Gatell-Artigas JM. Antiretroviral treatment. Present and future of the combinations. *Rev Neurol*. 1996;24(136):1627-31.

¹⁵ Hammer SM. Advances in antiretroviral therapy and viral load monitoring. *AIDS*. 1996;10(3):S1-11.

¹⁶ Carpenter CC, Fischl MA, Hammer SM, Hirsch MS, Jacobsen DM, Katzenstein DA, Montaner JS, Richman DD, Sáag MS, Schooley RT, Thompson MA, Vella S, Yeni PG, Volberding PA. Antiretroviral therapy for HIV infection in 1996. Recommendations of an international panel. International AIDS Society-USA. *JAMA*. 1996;276(2):146-54.

¹⁷ United Nations Joint Program on HIV/AIDS. *GLOBAL STATISTICS*. Geneva (GE): UNAIDS; 2014.

¹⁸ NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Política sobre HIV/VIH / AIDS/SIDA: Intensificando nossos Esforços para Eliminar o HIV/VIH / AIDS/SIDA*. New York (NY): Nações Unidas;2011.

¹⁹ Teodorescu LL, Teixeira PR. *Histórias da AIDS no Brasil*. Brasília (DF): Ministério da Saúde;2015. p.54. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002355/235557POR.pdf>

²⁰ Kalichman, Artur Olhovetchi. *A integralidade no cuidado das pessoas vivendo com HIV e AIDS: a experiência do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS da SES-SP [tese]*. São Paulo: Faculdade de Medicina; 2016 [citado 2018-01-02]. doi:10.11606/T.5.2016.tde-20062016-143445.

²¹ Paim JS. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cadernos de Saúde Pública*. 1986; 2(2): 167-183.

²² BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 236 de 02 de maio de 1985. Dispõe sobre as diretrizes para o Programa Nacional de Controle a AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde;1985 [citado em 26 jun 2016]. Disponível em: www.aids.gov.br/legislacao/2012/51440.

²³ Scheffer M. *Coquetel - A incrível história dos antirretrovirais e do tratamento da aids no Brasil*. São Paulo: Hucitec:Sobravime; 2012. p. 216

-
- ²⁴ Chequer P, Hearst N, Hudes ES, Castilho E, Rutherford G, Loures L, Rodrigues L. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. The Brazilian State AIDS Program Co-ordinators. *AIDS*. 2003;17(11):1675-82.
- ²⁵ Lopes V. Betinho – A esperança equilibrada. [vídeo]. São Paulo (SP): Elo Company; 2015.
- ²⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 9.313 de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde;1996 [citado em 17 out 2014]. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%209.313-1996.
- ²⁷ Galvão J. AIDS no Brasil – a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed.34; 2000.
- ²⁸ Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA, Chequer P, Teixeira PR, Hearst N. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*. 1992;6(5):483-7.
- ²⁹ 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. Saúde Pública*. 2004;20(2):S310-S321.
- ³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Dst/AIDS: princípios, diretrizes e estratégias. Brasília (DF): Ministério da Saúde;1999 [citado em 26 jun 2016]. Disponível em: www.ilo.org/wcmsp5/groups/...aids/.../wcms_127698.pdf.
- ³¹ Grangeiro A, Escuder MM, Rossi PM, Alencar R, Ayres de Castilho E. Late entry into HIV care: estimated impact on AIDS mortality rates in Brazil, 2003–2006. *PLoS One*. 6(11): e14985.
- ³² McNairy, Margaret L, El-Sadr, Wafaa M. The HIV care continuum: no partial credit given. *AIDS*. 2012; 26(14):1735-1738.
- ³³ Paiva VSF. Prevenção PositHIVa. A abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. In: Raxach JC, Maksud I, Pimenta C & Terto Jr V,

organizadores. *Prevenção positHIVA: estado da arte*. Rio de Janeiro: ABIA; 2009. p. 33-49.

³⁴ Paiva VSF. A dimensão psicossocial do Cuidado. In: Segurado A, Calazans G & Paiva VSF, organizadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá; 2012. p. 41-71.

³⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. p. 22.

³⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política brasileira de enfrentamento da AIDS – Resultados, avanços e perspectivas*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. p. 09.

³⁷ Grangeiro A, Escuder MM, Ayres de Castilho E. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios Brasileiros de 2002-2006. *Rev. Saúde Pública*. 2010;44(3):1-12.

³⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico HIV-AIDS*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. p.21.

³⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. HIV/AIDS Programme. *Antiretroviral Treatment as Prevention (TasP) of HIV and TB*. Genebra(GE): World Health Organization; 2012. p. 05.

⁴⁰ Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365(6):493-505.

⁴¹ Cohen MS, Chen YQ, Mccauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med* [Internet]. 2011;365(11):493–505.

⁴²The White House. Office of the Press Secretary. *Executive Order - HIV Care Continuum Initiative*. United States; 2013.

⁴³World Health Organization. HIV/AIDS Programme. *Programmatic UPDATE: Antiretroviral Treatment as Prevention (TasP) of HIV and TB*. Switzerland; 2012.

⁴⁴ Wilson DP, Law MG, Grulich AE, Cooper DA, Kaldor JM. Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. *Lancet*. 2008;372:314–20.

⁴⁵ Mugavero MJ, Amico KR, Horn T, Thompson MA. The State of Engagement in HIV Care in the United States: From Cascade to Continuum to Control. *Clin Infect Dis*. 2013;57(8):1164-1171.

-
- ⁴⁶ CDC. *Vital signs: HIV prevention through care and treatment – United States*. Atlanta (ATL): Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
- ⁴⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico HIV-AIDS*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. p. 57.
- ⁴⁸ United Nations Joint Program on HIV/AIDS. *Fast-Track - Ending the AIDS epidemic by 2030*. Genebra (GE): UNAIDS; 2014.
- ⁴⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Relatório de monitoramento clínico do HIV*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. p. 21.
- ⁵⁰ Nemes MIB, Castanheira ERL, Helena ETS, Melchior R, Caraciolo JMM, Basso CR, Alves MTSSBE, Alencar TMD, Ferraz DAS. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2009;55: 207-212.
- ⁵¹ Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- ⁵² Fernandes NM, Hennington EA, Bernardes JS, Grinsztejn BG. Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(4): e00053415.
- ⁵³ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV*. Brasília (DF); 2015.
- ⁵⁴ Fonner VA, Dalglish SL, Kennedy CE, Baggaley R, O'Reilly KR, Koechlin FM, Rodolph M, Hodges-Mameletzis I, Grant RM. Effectiveness and safety of oral HIV preexposure prophylaxis for all populations. *AIDS*. 2016; 30(12):1973-83. doi: 10.1097/QAD.0000000000001145.
- ⁵⁵ McCormack S et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*. 2016;387 (Issue 10013):53–60.
- ⁵⁶ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV*. Brasília (DF); 2017.

-
- ⁵⁷ Nemes MIB, Scheffer M. Desafios da assistência às pessoas que vivem com HIV e Aids no Brasil. In: Basthi A, Parker RG, Terto Jr V. Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids. Rio de Janeiro (RJ): ABIA;2016.
- ⁵⁸ Grangeiro A, Castanheira ER, Nemes MIB. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface*. 2015; 19(52):5-6
- ⁵⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico HIV-AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
- ⁶⁰ Nemes MIB, Castanheira ERL, Loch AP, Santos MA, Alves AM, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR, Caraciolo JMM, Alencar TMD, Carvalho WMES, Kehrig RT, Nasser MA, Vale FC, Mercuri J, Bellenzani R, Andrade MC, Baccarini R, Yokaichiya CM, Donini AA. "Avaliação de serviços de saúde: a experiência do Qualiaids". Porto Alegre: Rede Unida; 2016. p. 99-152.
- ⁶¹ Castanheira ERL. Evaluation of the quality of outpatient care for people living with HIV and AIDS in public health services in São Paulo State: relationships between quality and organization of the work process. PhD Thesis, University of São Paulo. 2002. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-29042010-95820/en.php.
- ⁶² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Qualiaids: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em aids no SUS*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
- ⁶³ Ceccato MGB, Acurcio FA, Vallano A, César CC, Guimarães MDC. Evaluación de factores asociados a la comprensión del tratamiento en pacientes que inician la terapia antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009; 27:7-13.
- ⁶⁴ Acurcio FA, Cesar CC, Guimarães MD. Health care utilization and survival among patients with AIDS in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica*. 1998;14(4):811-20.
- ⁶⁵ Chow W, Hirschhorn LR, Ng DW, Wells CG, Schneider KL, Agins BD. Improved quality of HIV care over time among participants in a national quality improvement initiative. *J Health Care Poor Underserved*. 2012;23(3):67-80.
- ⁶⁶ 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 Services Research*. 2009;9(51):1-8.

-
- ⁶⁷ Nemes MIB, Alencar TMD, Basso CR, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, Caraciolo JMM, Santos MA. Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids, Brasil: estudo comparativo 2001/2007. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):137-46.
- ⁶⁸ Nemes MIB, Melchior R, Basso CR, Castanheira ERL, de Britto e Alves MTSS, Conway S. The variability and predictors of quality of AIDS care services in Brazil. *BMC Health Services Research*. 2009; 9:51.
- ⁶⁹ Nemes MIB, Caraciolo JMM, Santos MA, ALVES AM, Yokaichiya CM, Prado RR, Vale FC, Baccarini R, Rossetto EV, Basso CR. *Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/Aids no Brasil*. Relatório da Aplicação Qualiaids 2010. Relatório de Pesquisa, São Paulo, 2012 (mimeo). Disponível em sistemas.aids.gov.br/qualiaids/. Acesso em: 19/07/2014.
- ⁷⁰ Novaes MDH. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2000; 34 (5): 547-59.
- ⁷¹ Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2012; 17(4):821-828.
- ⁷² Tanaka OY. Avaliação em saúde: Novos Tempos, Novas Construções. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, de Almeida CAL. Avaliação em saúde –Contribuições para Incorporação no cotidiano. Atheneu. Rio de Janeiro (RJ): 2017.
- ⁷³ Donabedian A. The assessment of technology and quality: a comparative study of certainties and ambiguities. *Intl. J. of Technology Assessment in Health Care*. 1988; 4:487-496.
- ⁷⁴ Ayres JR, Paiva V, Buchalla CM. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchala CM, organizadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá; 2012. p. 9-39.
- ⁷⁵ Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: 1. parágrafo do artigo 6. Disponível em: http://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/con1988_16.04.2015/art_6_.asp .
- ⁷⁶ 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. Saúde Pública*. 2004; 20 (2):S310-S321.

⁷⁷ Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; 114:1115-8.

⁷⁸ Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Millbank Quarterly*. 2005;83 (4):691-729.

⁷⁹ 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*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. p. 133-69.

⁸⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV*. 7a Ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [citado 2016 fev 08]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2007/recomendacoes-para-terapia-antirretroviral-em-adultos-infectados-pelo-hiv-2008>

⁸¹ 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: 65-101.

⁸² Mugavero MJ, Lin HY, Willig JH, Westfall AO, Ulett KB, Routman JS, Abrams S, Raper JL, Saag MS, Allison JJ. Missed visits and mortality among patients establishing initial outpatient HIV treatment. *Clin Infect Dis*. 2009; 48(2): 248-56.

⁸³ Cunningham CO. Factors associated with returning to HIV care after a gap in care in New York State. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;66(4):419-27. DOI: 10.1097/QAI.000000000000171.

⁸⁴ Schneider KL, Agins BD, Ng DW, Monserrate JM, Hirschhorn LR. Evaluation of Regional HIV Provider Quality Groups to Improve Care for People Living with

HIV Served in the United States. *J Health Care Poor Underserved* .2012; 23(3): 174-192. DOI: 10.1353/hpu.2012.0142.

⁸⁵Bardfield J, Agins B, Akiyama M, Basenero A, Lumphala P, Kaindjee-Tjituka F, Natanael S, Hamunime N. A quality improvement approach to capacity building in low- and middle-income countries. *AIDS*. 2015;29(2):S179-86. DOI: 10.1097/QAD.0000000000000719.

⁸⁶Chapli B, Meloni S, Eise G, Jolayemi T, Banigb B, Adeola J, Wen C, Nieva HR, Chang C, Okonkwo P, Kanki P. Scale-up of networked HIV treatment in Nigeria: Creation of an integrated electronic medical records system. *International journal of medical informatics*. 2015; 84(1):58–68.

⁸⁷Landon BE. Improving Quality of Care at Community Health Centers. *Medical Care*. 2010; 48(8): 665-667. DOI: 10.1097/MLR.0b013e3181ecbdd7.

⁸⁸ Ministério da Saúde. *Lei n. 9.313 de 13 de novembro de 1996*. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde;1996. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%209.313-1996.

⁸⁹ International Advisory Panel on HIV Care Continuum Optimization. IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*. 2015; 1-32.

⁹⁰ Nemes MIB. Prática Programática em Saúde. IN: Schraiber LB; Nemes MIB; Mendes-Gonçalves RB. (orgs). *Saúde do Adulto: programas e ações em unidade básica*. Ed HUCITEC, São Paulo, 1ª Ed 1996, pp. 48 - 65; 2ª Ed. 2000, pp. 48-65.