

Sumário

I - Introdução

II - Assistência e Serviços Convencionais

II a- Os Hospitais Públicos
II b- Os Ambulatórios

III - Assistência e as Alternativas

III a - Serviço de Assistência Especializada
III b - Hospital-Dia
III c - Assistência Domiciliar Terapêutica

IV - Hospitais Credenciados e Autorizações para Internações Hospitalares

V - As Alternativas e os treinamentos

VI - Conclusões

VII - Agradecimentos

VIII - Anexo I - ***Autorização para Internação Hospitalar/aids (AIH): anos 95, 96, 97 e de janeiro a junho de 98***

Número de AIH emitidas por regiões - **1995-96 / 1997-98**

Distribuição por Região de Valores Pagos por Internações/Aids - **1995-96 / 1997-98**

Média de Valores de Internações/Aids por Região - **1995-96 / 1997-98**

Número de AIH/aids emitidas por Modalidade Hospitalar - **1995-96 / 1997-98**

Valores de AIH/aids Pagos por Modalidade Hospitalar - **1995-96 / 1997-98**

Distribuição de AIH por Faixa Etária - **1995/96/97**

IX - Anexo II - O perfil dos SAE

X - Anexo III - O monitoramento dos Projetos de ADT

Serviços aos pacientes portadores do HIV/aids

I - Introdução

No contexto do Projeto de Controle da AIDS e DST- "AIDS I"-BRA 001/92 (1993-1997), a estratégia de intervenção do Ministério da Saúde (MS), na implementação da assistência aos pacientes portadores do HIV/aids, baseou-se em ações diversas.

O planejamento das **ações/ atividades** que objetivavam, através dos Serviços de saúde, **promover a melhoria da qualidade de vida dos nossos pacientes** baseou-se na intervenção junto à rede pública de saúde, através da seleção e credenciamento de hospitais, no desenvolvimento do Programa de Alternativas Assistenciais , na definição de condutas terapêuticas e políticas de medicamentos e na capacitação de profissionais no manuseio clínico dos pacientes.

A análise histórica deste processo nos permite observar a importante participação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (PN-DST/AIDS), através de seus técnicos, no estabelecimento de marcos conceituais e diretrizes que orientariam, com o início do Projeto, as ações/ atividades a serem desenvolvidas no decorrer dos anos 94, 95, 96, 97 e 98.

No que se refere à **assistência convencional**, observamos, inicialmente, a elaboração de portarias ministeriais que incluíram a assistência à aids em nível hospitalar, ao Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC). Em prosseguimento a esta primeira iniciativa, segue-se o processo de **credenciamento de hospitais convencionais (HC)** para internação dos pacientes portadores do HIV/aids.

Paralelamente, sob coordenação do PN-DST/AIDS, inicia-se o processo de capacitação para manuseio clínico dos pacientes portadores do HIV/aids, destinados a desempenharem atividades nos Serviços da rede pública de saúde*.

Por outro lado, em resposta à demanda assistencial crescente o Ministério da Saúde (MS) concebe de forma inovadora o **Programa de Alternativas Assistenciais**. Esse Programa, baseou-se na implantação de Serviços alternativos à forma convencional de assistência, com conceitos individualizados de níveis de atenção, resolutividade diagnóstico-terapêutica e que permitissem o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência com os Serviços do Sistema Único de Sáude (SUS). Desta forma, diferenciou-se os projetos de **Serviço de Assistência Especializada (SAE), Hospital-Dia (HD) e**

Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). Ao PN-DST/AIDS caberia a implantação de Projetos de ADT, assim como a condução de treinamentos para capacitação gerencial nas 3 modalidades assistenciais. A implantação de SAE e de HD foi delegada às coordenações estaduais e/ou municipais, através de recursos orçados nos Planos Operativos Anuais (POA).

A intervenção do MS na definição da política de medicamentos e condutas de tratamento, iniciada no início desta década, foi marcada por estratégias e ações de grande complexidade que resultaram na disponibilização gratuita da terapia anti-retroviral combinada aos pacientes. Considerando a especificidade e relevância deste segmento de ações as mesmas não serão detalhadas nesse documento.

*Considerando a atribuição destas atividades a outra área específica, elas não serão, portanto, detalhadas nesse documento.

II - Assistência e Serviços Convencionais

II a - Os Hospitais públicos

O reconhecimento da aids como entidade nosológica diferenciada, pelo Ministério da Saúde (MS) no Brasil, ocorreu em 1992, cerca de 10 anos após a notificação dos primeiros casos no país. O Boletim Epidemiológico ano V, sem epidemiológica 27 a 31 de 1992, documentava o crescente e significante aumento de casos notificados, totalizando 29 954 casos.

A grande demanda para internação de pacientes portadores do HIV/aids, o incipiente aparato tecnológico- hospitalar da rede pública de saúde e, sobretudo, a inexistência da regulamentação, pelo MS, para cobrança de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) gerou uma grave e caótica situação de demanda assistencial hospitalar no país.

Face a este contexto, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do MS, assessorada pela Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (CN DST e Aids) iniciou o processo que culminaria com a inclusão da tabela de procedimentos para internação de pacientes portadores do HIV/aids na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desta forma, a Portaria de **nº 291 do Diário Oficial da União (DOU) de 17/06/92** incluiu no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS os grupos de procedimentos para tratamento da aids. A portaria diferenciou o tratamento da aids, em nível de internação hospitalar, em seis grupos:

Grupo-70 100 00-04 Tratamento da Aids

Grupo-70 100 01-2 Afecções do Sistema Nervoso –AIDS

Grupo-70 100 02-0 Afecções do Sistema Respiratório-AIDS

Grupo-70 100 03-09 Doenças Disseminadas- AIDS

Grupo-70 100 04-7 Afecções do Aparelho Digestivo-AIDS

Grupo-70 100 15-2 Tratamento da AIDS- Fase Terminal

Em prosseguimento a esta primeira iniciativa, a Portaria de **nº 7762 do DOU de 30/07/92** credencia cerca de 146 hospitais, para emissão de AIH- aids, em sua maioria dos Estados de São Paulo, do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul.

Progressivamente, outras portarias foram ampliando o universo de hospitais credenciados. É importante salientar que grande parte destes hospitais foram credenciados em resposta a uma demanda emergencial, sem que para tanto, este processo de credenciamento tenha obedecido a uma sistemática que definisse critérios mínimos de qualidade de serviços.

A partir do início de 1995, notamos uma maior observância quanto aos critérios para o credenciamento de hospitais. Um **formulário específico** que definia **critérios mínimos de qualidade de assistência** ofertada pelos hospitais foi elaborado pela PN-DST/AIDS. O aval para o credenciamento de um hospital, solicitado pelo nível local, efetuado por técnicos do PN, passou a ser vinculado ao perfil da assistência prestada (resolutividade/ qualidade) pelo Serviço e em dezembro desse ano, cerca de 288 hospitais convencionais estavam credenciados, segundo esta metodologia, em todo o país.

As solicitações de credenciamento feitas pela Coordenação Nacional à então Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) passaram, portanto, a ser realizadas mediante aprovação e através de técnicos desta Coordenação.

A partir de julho de 96, o **Memo de nº 100 DCA** da SAS, endereçado a essa Coordenação, definia que a partir de então, os credenciamentos realizados só poderiam ser efetuados mediante autorização dos secretários estaduais ou municipais de saúde. Essa decisão objetivou estabelecer um maior comprometimento das secretarias de saúde nos credenciamentos, pelo fato do processo refletir nos orçamentos dos tetos financeiros dos estados ou municípios.

De março de 1996 a junho de 1998, a Unidade da Assistência analisou formulários, articulou com secretarias de saúde e participou, juntamente com a SAS, na elaboração das seguintes portarias ministeriais*, que totalizaram **338 hospitais convencionais credenciados**** no país:

Portaria nº 122 do DOU de 17/07/96

Portaria nº 138 do DOU de 08/08/96

Portaria nº 149 do DOU de 29/08/96

Portaria nº 187 do DOU de 08/10/96

Portaria nº 237 do DOU de 26/12/96

Portaria nº 43 do DOU de 02/04/97

Portaria nº 73 do DOU de 09/06/97

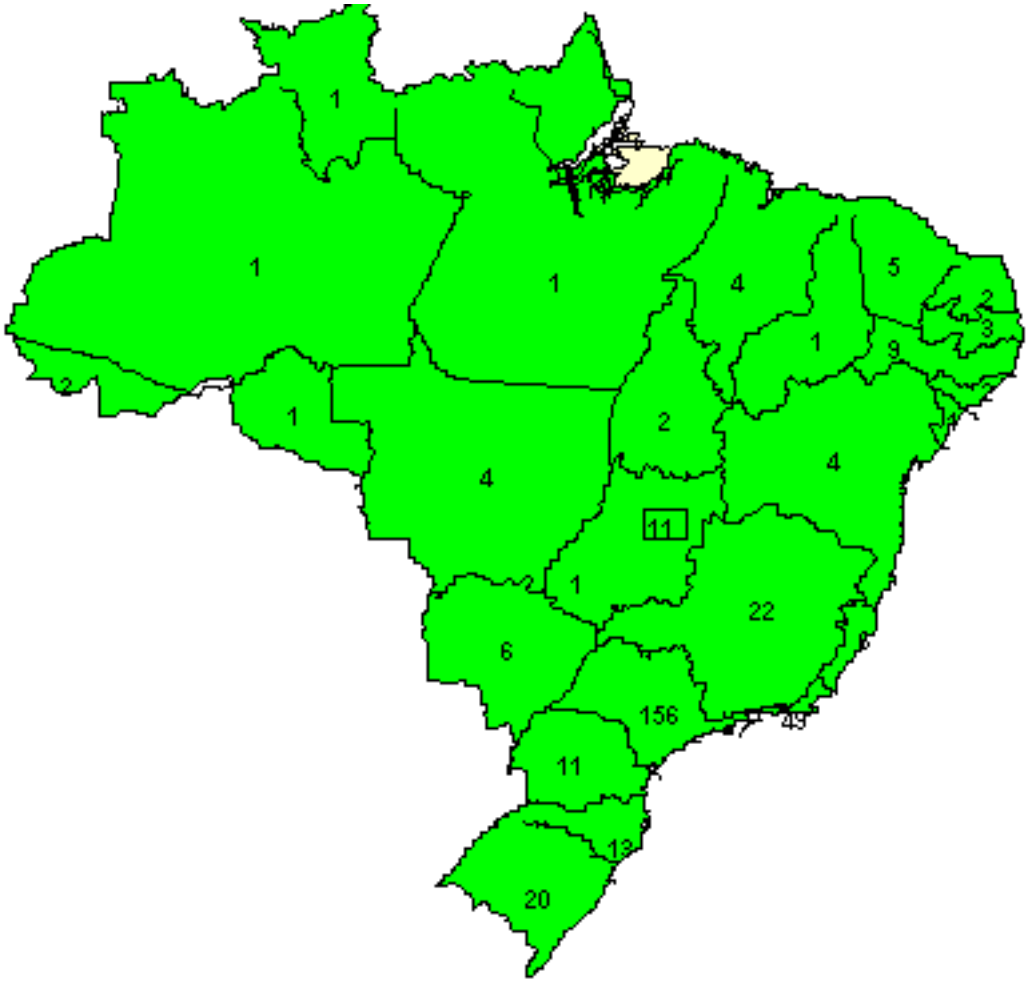
Portaria nº 120 do DOU de 22/09/97

Portaria nº 19 do DOU de 05/03/98

Dando prosseguimento às tentativas de melhorias nas normatizações que regulamentassem a assistência prestada em nível hospitalar**,** a **Portaria nº 2413 do DOU de 23/04/98***, substituiu os grupos de procedimentos 85100 03 0- Atendimento de Pacientes Fora de Possibilidade Terapêutica, e 70 100 15 1- AIDS Fase Terminal, para o grupo 85 100 000: Pacientes sob cuidados prolongados por enfermidades decorrentes da AIDS. Ao mesmo tempo, foram estabelecidos os critérios mínimos de infra-estrutura e de equipe multidisciplinar para o credenciamento destes serviços.

*Todas estas portarias encontram-se disponíveis para consulta na Unidade de Assistência

****Distribuição dos Hospitais Credenciados (HC) em HIV/aids. Brasil. Junho de 1998.**



Nº de HC = 338

II b - Os Ambulatórios

No que diz respeito à rede ambulatorial de assistência aos portadores do HIV/ aids, observamos que ela se expandiu progressivamente, à medida em que profissionais de saúde foram capacitados em DST/HIV/aids e lotados nesses Serviços.

Entretanto, o controle da produtividade desses Serviços, no atendimento aos pacientes tem sido impossibilitado, haja visto o fato do sistema de informatização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS não apresentar codificação específica para consultas ambulatoriais em aids.

O MS, por dificuldades operacionais, não apresenta, no momento, um diretório completo da rede de ambulatórios que preste assistência aos pacientes portadores do HIV/aids. Por outro lado, em junho de 1998, contávamos com 378 unidades dispensadoras de medicamentos anti-retrovirais em todo o Brasil. Ainda que neste número esteja embutido uma quantidade significante de unidades

administrativas, o predomínio é de unidades assistenciais e, entre elas ambulatórios. Estes Serviços têm um importante papel nos estados ou municípios em que uma rede de SAE não tenha sido estabelecida.

Faz-se necessário salientar que, os ambulatórios que se diferenciam e se implementam, ofertando uma assistência mais integral, passam a integrar , gradativamente, o diretório de SAE.

III - A Assistência e as Alternativas

III a - Serviço de Assistência Especializada (SAE)

Implantação/Implementação de Serviços

Inicialmente faz-se necessário que explicitemos os conceitos utilizados pela CN-DST/Aids em relação às denominações de implantação e implementação.

Foi considerado implantação o processo que culminou com o surgimento de um SAE, o qual não existia préviamente ou , já em funcionamento, não era considerado como SAE. A implementação, foi o processo de injeção de recursos para Serviços que já eram atribuídos como SAE, em certos casos incluídos no diretório de Serviços, e que não tivessem recebido recursos do MS.

Os SAE foram inicialmente concebidos com a perspectiva de se constituir Serviços, inseridos no SUS, que oferecessem grande resolutividade diagnóstico-terapêutica em nível ambulatorial. A qualidade do atendimento seria assegurada pela assistência integral, prestada por equipes de saúde multidisciplinares, aos pacientes e seus familiares.

Em conformidade com os POA estaduais e/ou municipais, no contexto do Projeto BRA001/94, estes Serviços seriam implantados, a partir de 1994, em Unidades de Saúde pré-existentes. A implantação deveria ser feita sob a responsabilidade das coordenações locais de DST e AIDS.

Em 1994, a CN-DST/Aids, através da Unidade de Assistência, dá início às atividades de treinamentos objetivando capacitar equipes para implantação e gerência em SAE.

Em **março de 1996** , a CN apresenta um **diretório com 33 Serviços de SAE** em todo o país (analisando a listagem dos participantes dos primeiros treinamentos, e comparando com o diretório apresentado, inferimos que cada equipe treinada teria, obrigatóriamente, implantado um Serviço. Por outro lado, constatamos na listagem a presença de Serviços que foram implantados sem recursos do MS para equipamentos e treinamento das equipes).

Com o objetivo de estabelecer uma linha de base, sobre as atividades e reais funções desempenhadas por estes Serviços, em **julho de 1996** iniciamos uma série de supervisões técnicas (Unidades de Assistência e Avaliação). Foram, especificamente supervisionados por técnicos da Unidade de Assistência os serviços então considerados como SAE: Instituto de Medicina Tropical de Manaus, Ambulatório de Dermatologia Sanitária em Macapá, Hospital Clementino Fraga em João Pessoa, Ambulatório Lessa de Andrade em Recife, Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro, Ambulatório de Nova Iguaçu, CR em Aids de Santana (SP), Hospital Emílio Ribas (SP), CRT em São Paulo, CRAIDS em Santos, Ambulatório de DST/Aids em São Vicente, Ambulatório William Rocha no Guarujá, SAE de Campinas, Ambulatório Hans Güinter em Campo Grande (MS), Hospital Vila Nova Conceição, Hospital das Clínicas e Ambulatório DST/Aids de Porto Alegre (RS).

Principais conclusões emitidas:

- Grande heterogeneidade na capacidade operacional e resolutividade dos Serviços elencados. Fato este vinculado a aspectos ligados à gerência, estrutura e recursos humanos;
- Limitada percepção, compreensão e adesão dos profissionais quanto às normas conceituais do SAE;
- Grandes disparidades referentes ao quantitativo de recursos alocados na implantação/implementação de Serviços;
- Inexistência de instrumentos para monitoramento (sistema de registros e acompanhamento de dados) das atividades do Serviços;

- Inexistência de instrumentos para monitoramento financeiro efetivo dos recursos alocados para estes Serviços;
- A existência de Serviços cadastrados sem entretanto, desempenharem efetivamente, funções de SAE; e
- Existência de Serviços desempenhando funções de SAE, incorporados ao diretório, porém sem integração com as atividades das coordenações locais no que diz respeito ao recebimento de recursos, gerando situação de descontentamento em relação ao MS.

De outra parte notamos:

- **Indefinição de critérios** para **eleição** de Serviços como SAE no nível central; e
- Dificuldades de interação com as coordenações no que diz respeito ao repasse, ao nível central, de informações referentes aos métodos e cronologia de implantação dos Serviços.

Estas conclusões, nos conduziram a reflexões sobre a metodologia da implantação destes Serviços e constituíram objeto para modificação na dinâmica até então adotada.

Inicialmente, definimos que a inclusão no diretório de Serviços implantados, deveria ser feita de maneira formal pelos coordenadores responsáveis.

E em dezembro de 1996, a Unidade de Assistência, com a autorização do Sr Coordenador Nacional, decide que a implantação destes Serviços deveria ser de forma centralizada.

Desta forma, um **formulário para o projeto de SAE**, contemplando questões referentes à situação epidemiológica do HIV/aids no local, população-alvo a ser beneficiada, objetivos gerais e específicos do projeto, cronograma físico e detalhado orçamento financeiro, foi elaborado pela CN-DST/Aids .

A partir desta medida, que culminaria com a formulação de projetos específicos de SAE, esperava-se:

- obter uma maior participação das equipes de saúde no processo de implantação dos Serviços e, consequentemente, maior compromisso com a execução das atividades;
- obter instrumentos para a elaboração de um sistema de monitoramento;
- obter um detalhamento orçamentário pertinente e ajustado às necessidades do Serviço, e
- obter um interlocutor em nível local, na pessoa do coordenador do projeto.

Em resumo:

De **janeiro a dezembro de 1997** a Unidade de Assistência recebeu, e analisou técnicamente 57 projetos de SAE. 48 foram aprovados pela Unidade de Assistência. **34 foram aprovados pelas Unidade de Assistência e Financeira e portanto, efetivamente implantados (cumpre citar que 10% destes projetos foram para implementação de Serviços).**

Projetos de SAE analisados:

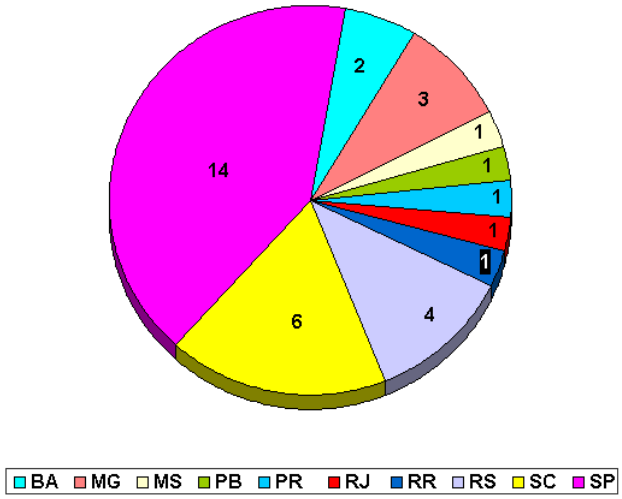
1-SES de Roraima-RR*
2-Hospital Presidente Vargas- MA
3-Hospital Clementino Fraga- PB*
4-Hospital Couto Maia- BA*
5- SMS de Vitória da Conquista- BA*
6-SMS de Itumbiara- GO
7-UFMS-Hospital Universitário- MS*
8-SMS de Itacarambi- MG
9-SMS de Alfenas- MG*
10-SMS de Teófilo Otoni- MG*
11-SMS de Betim-MG*
12-SMS de Vassouras – RJ
13-SMS de Duque de Caxias- RJ
14-Hospital Escola São Francisco de Assis-RJ-RJ*
15-Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro- RJ

16-SMS de Carapicuiba- SP
17-SMS de Embú- SP
18-Escola Paulista de Medicina (IDIPA) -SP*
19-SMS de Diadema-SP*
20-SMS de Marília-SP*
21-Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos- SP
22-UNESP-Faculdade de Medicina de Botucatu*
23-SMS de Araraquara- SP*
24-SMS de Bebedouro-SP*
25-SMS de Barretos- SP*
26-SMS de Jales- SP*
27-SMS de São Vicente- SP*
28-SMS de Praia Grande- SP*
29-SMS de Votuporanga- SP*
30-SMS de Lorena- SP*
31-SMS de Guarujá- SP*
32-Complexo Hopitalar Mandaqui- SP- SP*
33-CR-Freguesia do Ó- SP-SP
34-CR-Santana- SP-SP
35-CR-Jabaquara- SP-SP
36-CR-Vila Prudente- SP-SP
37-CR- Cidade Líder II- SP-SP
38-CR-Campos Elíseos-SP-SP
39-SMS de São Sebastião- SP
40-SMS de Ubatuba- SP
41-SMS de Caraguatatuba-SP
42-SMS de Blumenau- SC
43-SMS de Joinville- SC
44- Hospital Joana de Gusmão- SC*
45-SES- Hospital Nereu Ramos- SC*
46-SMS-Balneário Camboriú-SC*
47-SMS de São José- SC*
48-SMS de Piçarras- SC*
49-SMS de Camboriú- SC*
50-SMS de Guarapuava-PR *
51-SMS de Canoas- RS
52-MS de Passo Fundo- RS
53-SMS de Pelotas- RS*
54-SMS de Santa Cruz do Sul-RS*
55-SMS de Caxias do Sul- RS*
56-SMS de Gravataí- RS*
57-Hospital Partenon- RS
*** Projetos financiados pela CN-DST/Aids.**

Outros : SMS de São Gonçalo- RJ: Assistência Hospitalar aos pacientes portadores do HIV/aids.

Escola Paulista de Medicina - SP: Implementação de Lab de DST para mulheres portadoras do HIV.

Serviço de Assistência Especializada: distribuição do número de projetos aprovados em 1997, segundo Unidades Federadas



Total de Projetos: 34

Recursos Repassados: R$ 893.178,88*

Média de Recursos por Projeto: R$ 26 269,00**

*Foi considerado somente o período de janeiro de 1997 a junho de 1998, uma vez que nos anos anteriores a logística para implantação desses Serviços tenha sido outra. Como consequência, ficamos impossibilitados de obter estes dados a partir de informações das coordenações locais e do nível central (os POA são compartimentalizados em categorias, e aquela que inclui Equipamentos, não especifica o destino dos recursos para Serviços Assistenciais, Laboratórios ou Centros de Testagem e Aconselhamento).

Desta forma, o total apresentado não corresponde, em realidade, ao universo real de repasses para os Órgãos Executores(ORE) para implantação de SAE durante todo o período do Projeto Aids I.

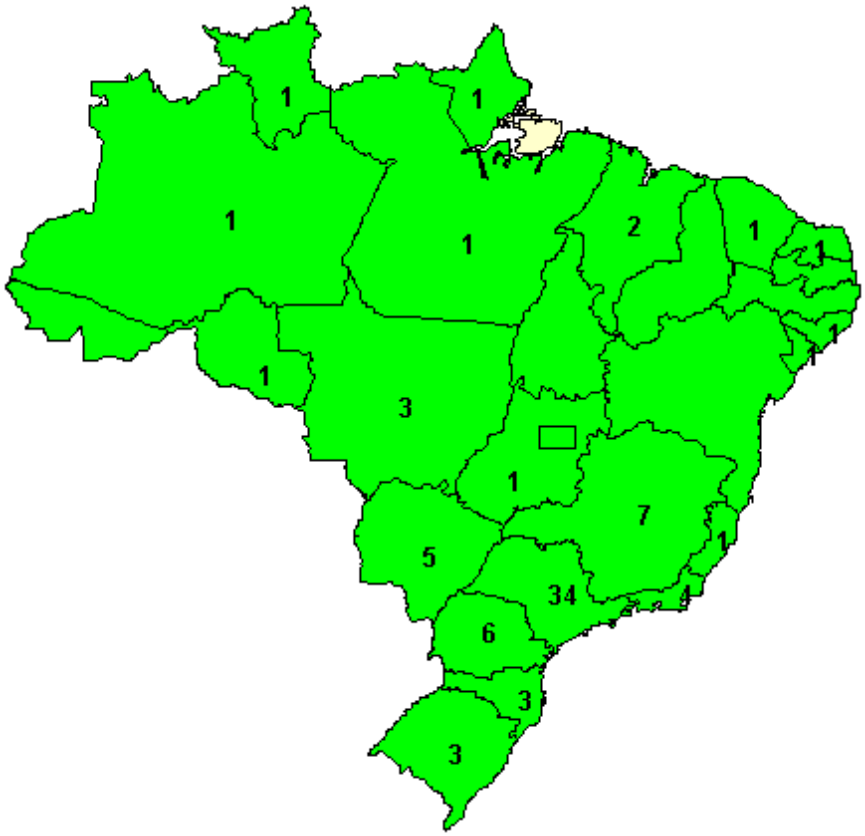
**Recursos destinados ,em sua maior parte, à aquisição de equipamentos, e uma pequena parcela à aquisição de veículos e pequenas reformas.

Em resumo:

Contamos, em junho de 1998, com 76 SAE incluídos em nosso diretório*.

Esperamos ampliar essa rede, em 1999, para pelo menos mais 30 Serviços os quais correspondem aos projetos já aprovados por essa Coordenação.

***Distribuição dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) para Atendimento em HIV/aids. Brasil. Junho de 1998.**



Nº de SAE = 76

-

O Monitoramento dos SAE

Ao considerarmos o processo de implantação destes Serviços, bem como sua inserção no SUS, constatamos a inexistência de intrumentos que nos permitissem o monitoramento das atividades, e que em um segundo momento constituíssem objetos para avaliações quantitativas e qualitativas.

Através da metodologia inicialmente utilizada, constatamos que as coordenações, com raras exceções, estabeleceram a sistemática do monitoramento de seus Serviços, p. ex através de através de instrumento de coleta sistemática de informações.

Por outro lado, os procedimento realizados por esses Serviços estão integrados no SUS através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). Em relação à aids, a sistematização da produtividade destes Serviços é impossibilitada haja visto as deficiências inerentes à informatização na coleta de dados do próprio SIA. A implementação deste sistema é iminente, conforme informações da SAS.

Face à essa situação, as medidas adotadas pela Unidade visualizam-se a partir da modificação da metodologia da implantação destes Serviços. Os projetos aprovados citam, em sua maioria, a programação e instrumentos para a prática do monitoramento das atividades. Por outro lado, no nível central, obtivemos a partir da prática da leitura e análise de projetos, subsídios para elaborarmos, *a posteriori* , um programa de monitoramento, a ser aplicado conforme sua exeqüibilidade.

A avaliação dos SAE

Os SAE constituíram-se em objeto de avaliação durante três instâncias, onde em cada processo os atores envolvidos foram distintos e diferentes metodologias foram adotadas.

I - Em 1996, a **Unidade de Planejamento e Avaliação**, deu início à um série de atividades relacionadas à

Avaliação das Alternativas Assistenciais e neste contexto, alguns Serviços elencados como SAE foram incluídos na análise.

Com metodologia préviamente estabelecida e uniformemente aplicada aos Serviços por 01 mesmo técnico, 5 regiões foram beneficiadas pelo estudo. As conclusões obtidas a partir dos resultados destas análises foram de grande valia considerando a obtenção de informações referentes à gerência, estrutura , funcionamento e dificuldades dos SAE, que nos permitiram, entre outros:

- inferir sobre o papel assistencial desempenhado por estes Serviços,
- concluir sobre a necessidade de elaboração de instrumentos de monitoramento e avaliação, e
- subsidiar a tomada de decisão referente à modificação na dinâmica da implantação dos Serviços.

II - Em 1997, sob a orientação da Unidade de Planejamento e Avaliação, as coordenações estaduais de Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, e municipais do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre deram início a um segundo estudo de avaliação desses Serviços. O estudo centrou-se não somente na análise estrutural mas também constituiu-se em um rico instrumento de análise qualitativa da assistência ofertada nos Serviços.

Em função da complexidade e riqueza de informações, os resultados deste estudo serão exibidos em um relatório final a ser elaborado por componentes/consultores do grupo e divulgados em um futuro próximo.

III - Paralelamente, **a Unidade de Assistência** elaborou um instrumento que objetivava obter subsídios para estabelecer um perfil de todos os Serviços considerados até então como SAE.

Considerando a extensão do texto, o mesmo constituiu-se objeto de um anexo a parte*.

*** Anexo II.**

-

III b - Hospital-Dia (HD)

Implantação de Serviços:

A implantação de Serviços de Hospital-Dia (HD) para atendimento dos pacientes portadores do HIV/aids iniciou-se, no Brasil, no final da década de 80.

Inspirados na experiência brasileira e no modelo francês de HD, a iniciativa de implantação de Serviços, no contexto do Programa de Alternativas Assistenciais, deu-se em resposta à demanda crescente de assistência e à limitada resolutividade da rede pública hospitalar.

Faz-se necessário esclarecer entretanto, que ao nos referirmos às ações do MS, relacionadas ao HD nos deparamos com 2 atividades independentes, mas que se complementam.

Uma das atividades corresponde à **implantação** destes Serviços, a outra, corresponde **ao processo normativo regulamentador** do seu funcionamento (credenciamento).

A dinâmica para a implantação de HD foi metodologicamente, idêntica ao processo adotado para implantação de SAE. Pelas mesmas razões identificadas como dificultadoras no processo da expansão e qualificação destes Serviços, a CN-DST/AIDS, centralizou , no início de 1997, o repasse de recursos para implantação de HD.

Em resumo:

De janeiro a dezembro de 1997 a **Unidade de Assistência**, recebeu e **analisou** técnicamente **49** projetos de HD. **24** foram **aprovados pelas Unidades de Assistência e Financeira**.

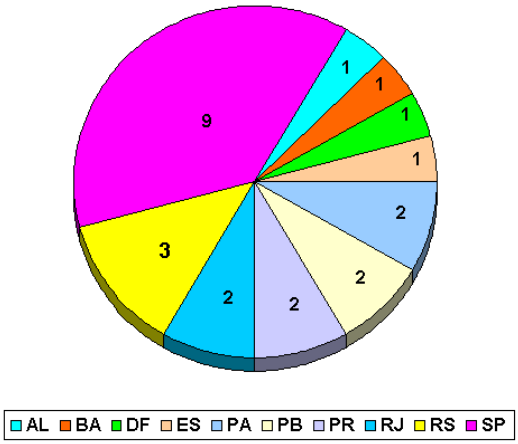
Projetos de HD analisados:

1. **SES do Pará-PA***
2. **SMS de Belém- PA***
3. **Hospital Clementino Fraga- PB***
4. **Universidade Federal de Alagoas- AL***
5. Universidade Federal da Bahia-BA
6. **SMS de Vitoria da Conquista- BA***
7. SMS de Duque de Caxias-RJ
8. **Fundação Hospitalar do DF***
9. **Santa Casa de Misericórdia-Vitória-ES***
10. **Hospital Escola São Francisco de Assis-RJ-RJ***
11. **Hospital Universitário de Nova Iguaçu- RJ-RJ***
12. **Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro-RJ**
13. **Fundação Padre Albino- Catanduva- SP***
14. **SMS de São Vicente-SP***
15. **SMS de Franca- SP***
16. **Conjunto Hospitalar de Sorocaba- SP***
17. **SMS de Guarujá- SP***
18. SMS de Carapicuiba- SP
19. SMS de Itapira- SP
20. SMS de Penápolis- SP
21. SMS de Limeira- SP
22. SMS de Lorena- SP
23. SMS de São Sebastião- SP
24. SMS de Ubatuba-SP
25. SMS de Caraguatatuba- SP
26. Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos- SP
27. **UNESP- Faculdade de Medicina de Botucatu- SP***
28. **SMS de Bebedouro-SP***
29. **SMS de Praia Grande-SP***
30. **SMS de Diadema- SP***
31. CR Fidélis Ribeiro- SP-SP
32. CR Jardim Mitsutani-SP-SP
33. CR Cidade Líder II- SP-SP
34. CR Santana- SP-SP
35. CR Nossa Senhora do Ó-SP-SP
36. CR Jabaquara-SP-SP
37. CR Ipiranga- SP-SP
38. CR Vila Prudente- SP- SP
39. CR Santo Amaro- SP- SP
40. CR Lapa -SP- SP
41. CR Vila Guarani- SP- SP
42. CR Vila Butantã- SP- SP
43. **SMS de Londrina-PR***
44. **Hospital das Clínicas-Curitiba- PR***
45. **SMS de Passo Fundo-RS-RS***
46. **SMS de Caxias do Sul-RS***
47. **Universidade Federal de Pelotas-RS***
48. SMS de Porto Alegre-RS
49. Fundação Universitária do Rio Grande- RS

***Projetos financiados pela CN-DST/Aids.**

Total de Projetos: 24

Hospital-Dia: distribuição do número de projetos aprovados em 1997, segundo Unidades Federadas.



Recursos Repassados: R$ 673.009,99*

Média de Recursos por Projeto: R$ 28.042,00**

*Foi considerado somente o período de janeiro de 1997 a junho de 1998, uma vez que nos anos anteriores tenha sido outra a logística para implantação destes Serviços.

Como os POA são compartimentalizados em categorias, aquela que inclui Equipamentos, não especifica se os recursos tenham sido destinados a Serviços Assistenciais, laboratórios ou Centros de Testagem e Aconselhamento.

Desta forma, o total apresentado não corresponde, em realidade, ao universo real de repasses para os Órgãos Executores, para implantação de HD.

** Recursos destinados em sua maior parte à aquisição de equipamentos, e uma pequena parcela à aquisição de veículos e pequenas reformas

HD e Credenciamento

Diferentemente das demais Alternativas, a implantação e desenvolvimento das atividades em regime de HD , foram beneficiados, desde o seu início, por regras que através de portarias ministeriais normatizaram as condições de funcionamento. Este fato, permitiu que o HD, entre as modalidades assistenciais, tenha sido o Projeto de implantação de Serviços, no qual tenhamos conseguido, mais precocemente, indicadores quantitativos fornecidos pelo próprio SUS.

Desta forma, o Ministério da Saúde, através da **Portarias Ministeriais de nº 93 de 31/05/94 e de nº 130 de 03/09/94** legitimou esta modalidade de atendimento, atribuindo pagamento diferenciado e estabelecendo parâmetros de estrutura física, resolutividade diagnóstica e capacidade operacional dos Serviços. Desta forma, estabeleceu-se os critérios para o **credenciamento e inclusão** dos Serviços **no SIH.**

Com a colaboração da CN-DST/Aids a SAS iniciou o processo de credenciamento dos Serviços. A Portaria Ministerial de nº 235 de 26/12/94 credencia, inicialmente, 12 hospitais para atendimento de pacientes portadores

do HIV/aids em regime de HD. Consecutivamente, e até junho de 1996 as portarias citadas credenciaram 22 HD em todo o país.

Portaria nº 16 de 09/05/95.

Portaria nº 70 de 17/07/95.

Portaria nº 75 de 17/04/96.

A partir de julho de 96, o **Memo de nº 100 DCA** estabelece que o credenciamento dos HC e HD, deveria ser efetuado somente e com a autorização dos respectivos secretários de saúde.

Desta forma, de **julho de 1996 a junho de 1998**, a CN participou da elaboração das portarias a seguir mencionadas, através de análises de formulários para credenciamento, articulação com as secretarias de saúde e inter-relação com a SAS. Estas portarias estabeleceram a atual rede de HD, totalizando **49 credenciados*** em todo o país.

Portaria nº 78 de 25/04/96

Portaria nº 122 de 17/07/96

Portaria nº 136 de 08/08/96

Portaria nº 148 de 29/08/96

Portaria nº 188de 08/10/96

Portaria nº 236 de 26/12/96

Portaria nº 42 de 02/04/97

Portaria nº 74 de 09/06/97

Portaria nº 121 de 22/09/97

Portaria nº 18de 05/03/98.

*Mapa de distribuição de HD credenciados no Brasil - Anexo I.

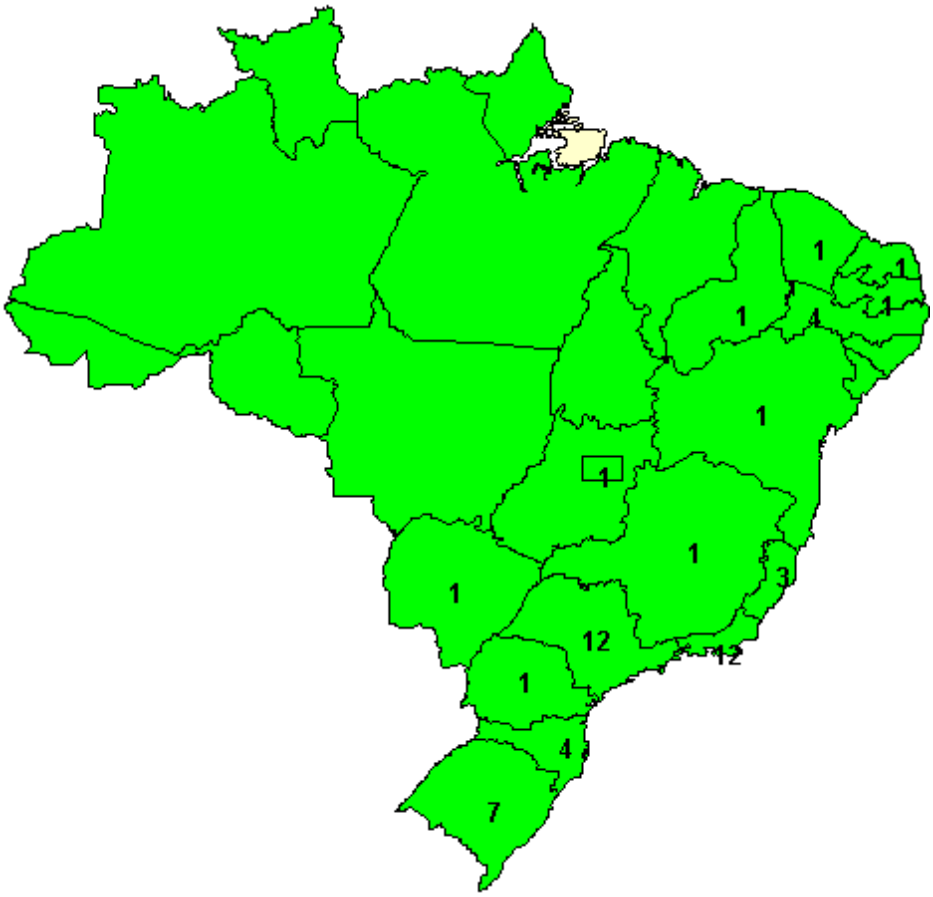
Dos 24 projetos de HD, 15 Serviços estarão aptos a serem credenciados no ano de 1999.

Em resumo:

Apresentamos, em junho de 1998, 49 HD credenciados*. Dos 24 projetos de HD aprovados, 9 já estão credenciados e os demais serão credenciados no próximo ano.

***Distribuição dos Hospitais - Dia (HD) para Atendimento em HIV/aids.**

Brasil. Junho de 1998.



Nº de HD = 49

"Os pequenos HD"

Paralelamente à constituição dessa rede de HD que se caracterizou, através do credenciamento no SUS, como "oficial", notamos o aparecimento de uma rede de pequenos HD, ou seja, Serviços que pelas suas dimensões físicas, ou nº de pacientes em acompanhamento, não se enquadram nos critérios mínimos, estabelecidos pelo MS, para credenciamento, mas que tem um papel assistencial bastante importante no contexto de saúde local. Nesse exemplo, enquadram-se vários Serviços do município de São Paulo e outros do interior do estado e das demais regiões do país .

As atividades desses Serviços não podem ser quantificadas no SUS, o que compromete os dados de AIH resultantes do acompanhamento dos pacientes em HD.

III c-Assistência Domiciliar Terapêutica- ADT

I - A Implantação dos Serviços

Entre as Alternativas, a ADT foi a modalidade de assistência mais inovadora, considerando o contexto assistencial da aids e sobretudo o cenário de Saúde Pública no país.

Inseridos no Programa das Alternativas os Serviços de ADT foram, desde o início do Projeto BRA0094, implantados, obedecendo a metodologia de elaboração de projetos pelas equipes/instituições públicas. Isso nos permitiu estabelecer um controle gerencial do estabelecimento da rede e dos recursos dispendidos no processo.

Dessa forma, notamos o estabelecimento gradativo dessa rede de ADT conforme o citado:

Durante o ano de 1995, Unidade de Assistência analisou e aprovou a implantação dos seguintes projetos de ADT :

1. **Universidade Federal de Pernambuco-PE**
2. **SES de São Paulo-SP**
3. **SMS de Campinas-SP**
4. **SMS de Santos-SP**
5. **SMS de São Paulo-SP**
6. **SMS de São Vicente –SP**
7. **SMS de Sorocaba-SP**
8. **SMS de Porto Alegre-RS**
9. **Hospital dos Servidores do Estado-RJ**
10. **SMS de Nova Iguaçu-RJ**
11. **Hospital de Doenças Infecto- Contagiosas-PI**

Durante o ano de 1996:

1. **SES do Espírito Santo-ES**
2. **Fundação Assistência Estudo e Pesquisa de Uberlândia-MG**
3. **Fundação de Ensino Superior de Passos-MG**
4. **Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais-MG**
5. **SMS de Betim-MG**
6. **Hospital São José SES-SC**
7. **SMS de Itajaí-SC**
8. **SMS de Bauru-SP**
9. **SMS deLimeira-SP**

(A SMS do Rio de Janeiro implantou com recursos do POA local, neste ano, 1 Serviço de ADT no Hospital Rafael de Paula e Souza)

De janeiro 97 a junho de 1998 a Unidade de Assistência recebeu e analisou 35 projetos de ADT.

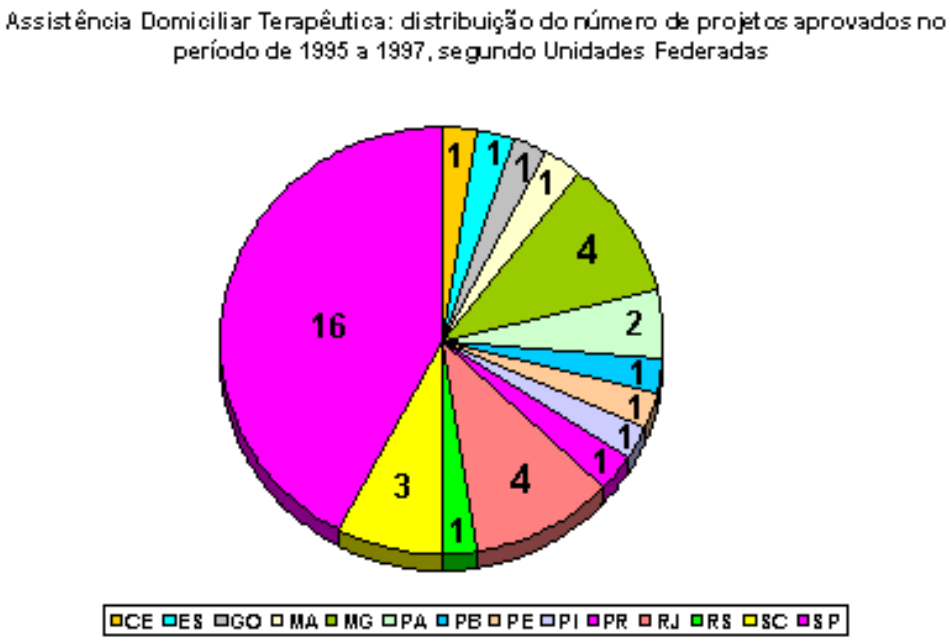
Dezoito projetos (em negrito) foram aprovados pelas Unidades de Assistência e Financeira.

1. **SES do Pará- PA**
2. **SMS de Belém- PA**
3. **SMS de São Luiz- MA**
4. Hospital Clementino Fraga-PB
5. **Hospital São José-Fortaleza-CE**
6. **SMS de Campina Grande-PB**
7. **Organização Voluntárias de Goiás-GO**
8. SMS de Niterói-RJ
9. Hospital Geral de Nova Iguaçu-RJ
10. **Centro Previdenciário de Niterói- RJ**
11. **Hospital Escola São Francisco de Assis- RJ**
12. **SMS de Ribeirão Preto-SP**
13. **SMS de Diadema- SP**
14. **SMS de Marília-SP**
15. **SMS de Guarulhos- SP**
16. **SMS de Barretos- SP**
17. **SMS de Catanduva-SP**
18. **SMS de Guarujá-SP**
19. **SMS de Cubatão- SP**
20. CR Freguesia do Ó-SP-SP
21. CR Santana-SP-SP
22. CR Lider II-SP-SP
23. CR Fidélis Ribeiro-SP-SP
24. CR Sapopemba-SP-SP
25. CR Jabaquara-SP-SP
26. CR V. Prudente-SP-SP
27. CR V. Guarani- SP-SP
28. CR Ipiranga- SP-SP
29. CR Santo Amaro-SP-SP

30. CR Jardim Mitsutani-SP-SP
31. CR Cidade Dutra-SP-SP
32. **SMS de Londrina- PR**
33. SMS de Blumenau-SC
34. SMS de Criciúma- SC
35. **Hospital Nereu Ramos- SC**

Em resumo:

De janeiro de 1995 a junho de 1998, a Unidade de Assistência **recebeu e analisou 55 projetos de ADT**. Foram aprovados 38 projetos *.



Total de Projetos: 38

Recursos Repassados: R$ 1.109.911,00*

Média de Recursos por Projeto: R$ 29.208,00

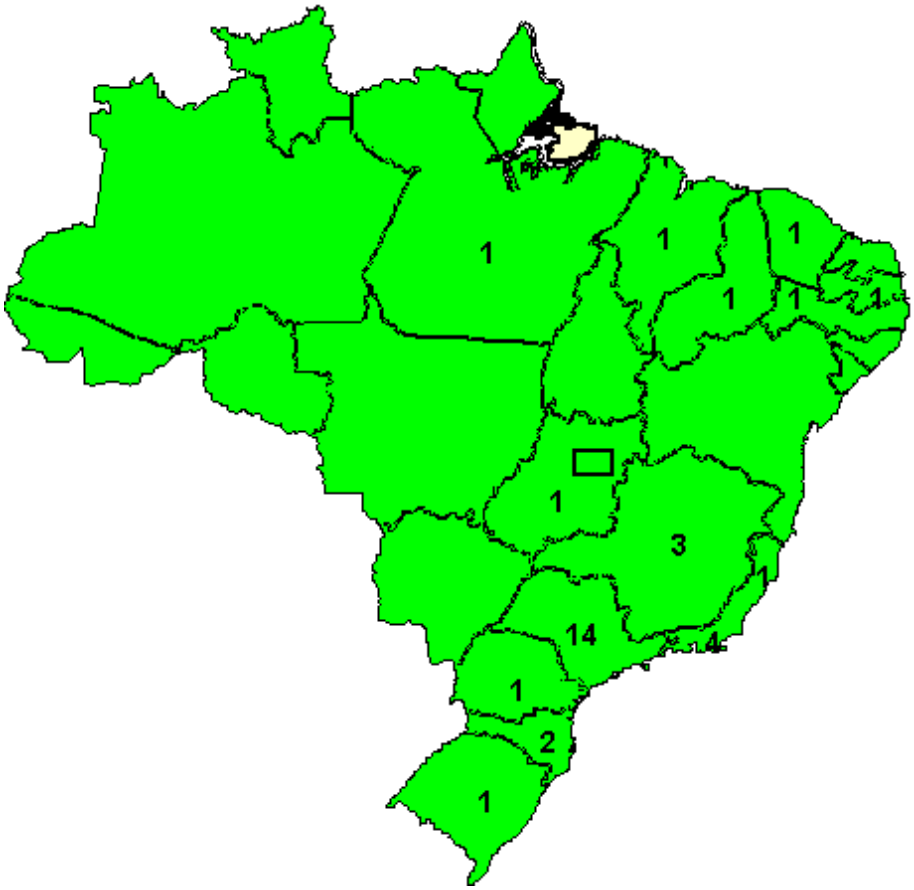
*O valor acima mencionado corresponde ao total de recursos utilizados para a implantação dos Serviços de ADT durante todo o período do Aids I.

Em resumo:

Em junho de 1998, contamos com 33 projetos de ADT* em funcionamento em todo o país.

***Distribuição de Projetos Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) em HIV/aids.**

Brasil. Junho de 1998.



Nº de ADT = 33

II - A definição do papel da ADT quanto Serviço de Saúde

Notamos que apesar de apresentar objetivos bastante definidos, a concepção inicial da ADT, pelo MS, caracterizou-se, por outro lado, pela definição superficial de suas atribuições e papel quanto Serviço de saúde.

Verificamos, em nossas supervisões técnicas em 96 e 97, a diversidade de procedimentos realizados pelas equipes destes serviços caracterizando uma importante diversificação nas propostas de assistência.

Acreditamos que este fato deveu-se a uma série de fatores:

- ao inédito, no país, desta proposta assistencial para pacientes com aids , inovadora e exigente: baseava-se na "assistência integral ao paciente e sua família";
- à falta de parâmetros normativos que orientassem o universo dos procedimentos factíveis de serem realizados, com segurança no domicílio;
- ao despreparo dos profissionais para exercerem atividades em ambientes domésticos, em confronto permanente com as dificuldades geradas por aspectos técnicos e emocionais ;

- aos aspectos éticos ligados particularmente ao fato das atividades de ADT serem frequentemente reveladoras da aids, suscitando preconceito e rejeição por parte da sociedade, em relação à própria equipe , paciente e seus familiares; e
- à inexistência de legislação que regulamentasse, reconhecesse e finalmente atribuísse pagamento diferenciado à esta modalidade assistencial.

Dessa forma, salientou-se questão da indefinição da identidade que caracterizasse o perfil da assistência pela ADT. No Brasil, esses Serviços seguiriam o modelo de Hospitalisation à Domicile (HAD) francês (do qual recebeu influências em sua concepção), caracterizada por procedimentos curativos /invasivos, ou sua proposta seria realmente a de oferecer tratamentos paliativos, beneficiando, sobretudo, o paciente em fim de vida?

OMS procurou, através das seguintes ações, obter subsídios para responder a esses questionamentos:

I. Monitorar as atividades dos projetos implantados desde 1995;
II. Definir condutas/procedimentos a serem realizados no domicílio; e
III. Normatizar as atividades da ADT.

III - O Monitoramento.

Considerando os aspectos anteriormente citados, a Coordenação deu início, em janeiro de 1997, às atividades de monitoramento dos projetos de ADT, implantados no âmbito do Programa das Alternativas Assistenciais.

Baseados em informações obtidas através de supervisões técnicas em Serviços de ADT, elaboramos dois questionários. O primeiro destinou-se a coletar dados periódicos mensais sobre as atividades do Serviço: nº de pacientes admitidos, nº de pacientes em alta, média de pacientes inclusos. Buscamos ainda, obter informações sobre o nº de visitas efetuadas pelos profissionais de cada categoria profissional. O formulário prestou-se, ainda, a questionar sobre as principais dificuldades sofridas pela equipe no período citado . Um segundo questionário foi elaborado com o objetivo de obter dados para estabelecermos um perfil clínico e sócio- econômico dos pacientes beneficiados pelo Serviços de ADT.

Em janeiro de 1997, os questionários foram enviados aos coordenadores de 10 Serviços, aprovados inicialmente em 1995. Gradativamente, outros Serviços foram sendo incorporados ao monitoramento e outros interromperam o envio de informações. Até junho de 1998, recebemos formulários referentes ao acompanhamento de 350 pacientes.

Os resultados e análises desses dados constituem um anexo* à parte nesse relatório.

***Anexo III**

IV- A definição de condutas na ADT.

A definição de condutas e procedimentos a serem realizadas pelas equipes de ADT passou a ser premente em função do estabelecimento progressivo de uma rede de Serviços no país, e sobretudo da necessidade de se caracterizar o perfil da assistência a ser prestada pelos Serviços: seus limites e resolubilidade.

Dessa forma, a CN, reuniu em São Paulo(SP), em julho de 1997, cerca de 70 profissionais de equipes de ADT, para discutir as atividades desempenhadas e elaborar recomendações gerais sobre as condutas a serem adotadas pelos Serviços de ADT.

Um manual, referente a esse conteúdo, encontra-se em fase final de elaboração pela Unidade de Assistência.

V- A normatização das atividades da ADT

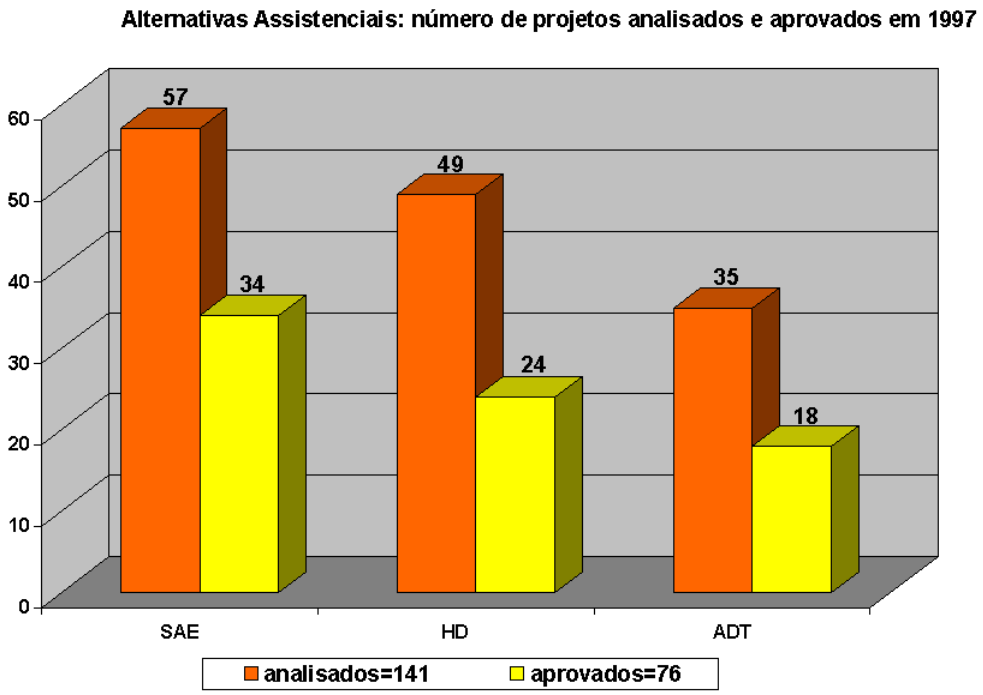
O pagamento das atividades desenvolvidas pelos Serviços de ADT, foi incluído no SUS através da Portaria nº 166 de 31 de Dezembro de 1997. A portaria vinculou os procedimentos da ADT ao SIA, e definiu os nºs de visitas domiciliares e seus valores a serem ressarcidos pelo SUS.

Em realidade, houve uma inadequação processual ao inserirmos esses procedimento no sistema ambulatorial, haja visto o fato de que as intervenções em ADT constituem um amplo leque de atividades que compreendem desde cuidados paliativos a outros invasivos e curativos. Entretanto, em função de sua estruturação interna de Serviços, a SAS apresentou essa proposta à Coordenação.

III d- Projetos de Alternativas Assistenciais: um resumo.

De janeiro a dezembro de 1997, a CN recebeu e analisou um total de 141 projetos de Alternativas Assistenciais.

Desses, 76 foram implantados, após aprovação pelas Unidades de Assistência e Financeira.



IV - Os Hospitais Credenciados (HC e HD) e as AIH

-

Em julho de 1996, iniciamos um processo de inter-relação com a SAS objetivando obter dados sobre a dinâmica e fluxo de internações de pacientes portadores do HIV/aids nos hospitais credenciados em todo o país.

Através de relatórios do DATASUS, passamos a obter dados referentes ao nº de internações anuais, ao valor de recursos financeiros repassados pelo SUS aos estados e municípios para pagamento das AIH , assim como, às médias de valores destas AIH nos anos de 1995, 1996 e 1997*.

***Anexo I.**

Cumpre salientar que estes relatórios, ainda que de grande valia apresentam algumas lacunas inerentes à limitação do próprio sistema de informações. Desta forma, ao emitirmos conclusões é necessário considerar:

I. o relatório fornece nº total de internações. Não são consideradas as re-internações, ou seja, o nº de vezes que um mesmo paciente foi internado no ano;
II. os nº de internações fornecidas não corresponde ao universo de todas as internações de pacientes portadores do HIV/aids no país. Isto se deve aos seguintes fatos: hospitais que não são credenciados e que internam pacientes com outro Código Internacional de Doenças (CID)ou hospitais credenciados e que, por questões de rentabilidade, internam pacientes com outro CID que não o da aids

III. a apresentação da AIH em seus moldes atuais (procedimentos inclusos: Serviços Hospitalares-SH, Serviços Apoio Diagnóstico e Terapêutico-SADT, e Serviços Profissionais-SP), apresenta deficiências importantes. Muitos medicamentos necessários ao tratamento dos pacientes não podem ser computados na AIH, ficando ao ônus da instituição. Por outro lado, há a possibilidade de manipulação da tabela de procedimentos, resultando no super faturamento das internações.

Entretanto, consideramos que apesar destes fatores, estes dados nos permitiram:

- acompanhar a dinâmica do nº total de internações por ano nos estados;
- acompanhar as despesas do MS, em relação às internações em aids;
- conhecer os valores repassados pelo SUS, para o pagamento das

internações de nossos pacientes, aos estados e identificar as disparidades dos valores de médias de AIH entre os diferentes estados;
- constatar a importância da expansão das atividades dos HD, que em muitos casos vem substituindo as internações convencionais; e
- verificar e confirmar , a exemplo das modificações no perfil da epidemia, as variações e novas tendências de internações por faixas etárias.

Finalmente, é de extrema importância que a análise destes dados fornecidos pela SAS seja sempre vinculada a aspectos epidemiológicos da evolução da epidemia. Desta forma, ao analisarmos o nº de AIH emitidas em cada ano (95,96,97 e de janeiro à junho de 1998), faz-se absolutamente necessário que tenhamos, paralelamente, a situação do nº de casos notificados cumulados até a presente data, e sobretudo, o nº de pacientes em tratamento na rede.

Para efeito de comparação nos baseamos nas seguintes informações:

- Boletim Epidemiológico ano VIII, nº 04, sem epidemiológica 36-48 (set-nov 95), casos notificados cumulados**: 76 396.**
- Boletim Epidemiológico ano IX, nº 05, sem epidemiológica 36-45 (set-nov 96), nº de casos notificados cumulados: **103 264.**
- Boletim Epidemiológico ano XI, nº 01 sem epidemiológica 49-97 (dez 97-fev 98), nº de casos notificados cumulados: **128 821.**
- Boletim Epidemiológico ano XI, nº 02 sem epidemiológica 9-12 (março-maio 98), nº de casos notificados cumulados: **135 200.**

Internações segundo as diferentes modalidades hospitalares- principais observações.

I - Em relação ao nº de AIH emitidas:

- Redução de 3% das internações (HC+HD) entre os anos de 1995 e 1996.
- Aumento de 9% das internações (HC+HD) entre os anos de 1996 e 1997. Este aumento deveu-se, porém ao aumento significativo de internações em HD;
- De janeiro a junho de 1998:

  manutenção do nº de AIH em HC, ao compararmos com o mesmo período de 1997;

  aumento de 50% das internações em HD, ao compararmos com o mesmo período de 1997.

II - Em relação aos gastos pelo SUS em AIH-aids

- Redução de 5% de gastos com AIH (HC + HD) entre os anos de 1995 e 1996;
- Redução de 3% de gastos com AIH (HC + HD) entre os anos de 1996 e 1997;
- De janeiro a junho de 1998:

    aumento de 8% de gastos com AIH(HC+HD), ao compararmos com o mesmo período de 1997;

III - Outras observações

- Entre os anos de 1995 e 1997 observamos um aumento de cerca de 13% no nº de hospitais credenciados e observamos uma redução de cerca de 12% no nº de internações convencionais
- Entre os anos de 1995 e 1997 observamos um aumento de cerca de 159% no nº de HD credenciados os quais foram responsáveis por um aumento de 153% no nº de internações desta modalidade.

IV - Em relação às AIH por faixa etária.

Entre os anos de 1995 e 1997 salientamos:

- o aumento de 70% de internações na faixa etária de 1 a 4 anos;
- o aumento de 95% de internações na faixa etária de 5 a 14 anos;
- o aumento de 12% de internações de pacientes com idade igual ou superior a 55 anos; e
- um muito discreto aumento (3%) de internações na faixa etária de 15 a 54 anos.

Cumpre assinalar que esta classificação de faixas etárias foi feita em função dos relatórios originalmente fornecidos pela SAS e o agrupamento entre 15 a 54 anos deveu-se ao fato de observarmos variações, entre os períodos considerados, não significantes nas outras faixas etárias.

V- Conclusões

- **Existe uma tendência de redução de nº total de internações nestes 3 últimos anos**, ao considerarmos a o aumento da população de casos vivos de aids em cada ano, e o aumento do nº de pacientes em tratamento na rede e compararmos esses dados com os nºs absolutos das internações.
- **As internações em HD apresentam um aumento progressivo**, que se mantém ano a ano, e que repercute em uma redução de gastos totais do SUS.

v - As Alternativas e os Treinamentos

A Unidade de Assistência conduziu, desde o início do desenvolvimento do Programa de Alternativas, os treinamentos para implantação dos Serviços.

Esse processo baseou-se:

- na participação ativa, juntamente com as instituições responsáveis, na elaboração do conteúdo programático dos cursos;
- na divulgação dos calendários dos treinamentos juntamente às coordenações;
- na seleção de candidatos;
- na logística do repasse dos recursos e acompanhamento da prestação de contas de cada evento; e
- em supervisões técnicas nos cursos.

Cumpre salientar que a divulgação dos treinamentos, junto aos profissionais de saúde, foi bastante beneficiada pelos Catálogos de Oportunidades e Treinamentos da responsabilidade da Unidade de Treinamentos dessa Coordenação e publicados pelo MS.

A Unidade de Assistência apresenta os relatórios referentes às datas dos treinamentos, locais, nome e nº de profissionais treinados, assim como da instituição à qual pertecem.

-

Os treinamentos em SAE

- De abril de 1994 a abril de 1998, a Coordenação organizou a realização de 10 treinamentos para capacitação de equipes para implantação de SAE. Todos esses cursos foram de 40 h e ocorreram no Centro de Referência em Aids em São Paulo (SP).
- Foram **capacitados** cerca de **270 profissionais**.
- Foi **gasto** cerca de **R$ 150 000,00** na realização destes treinamentos.
- A **média de custo** por treinando foi de **R$ 555,00.**

-

Os treinamentos em HD

- De abril de 1995 a abril de 1998, a Coordenação organizou a realização de

10 treinamentos para capacitação de equipes para implantação de HD. Esses cursos foram de 40 h e ocorreram em sua maioria no Instituto Emílio Ribas em São Paulo (SP). Um treinamento foi realizado no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (RJ).

- Foram **capacitados** cerca de **215 profissionais**.
- **Foi gasto cerca de R$ 135 000,00** na realização desses treinamentos.
- A **média de custo por treinando foi de R$ 630,00.**

Os treinamentos em ADT

- De novembro de 1994 a abril de 1998 foram realizados **11 treinamentos em ADT**. Esses cursos foram de 40 h e ocorram em sua maioria em Santos, com o apoio da Secretaria de Saúde.
- Outras instituições que forneceram esses treinamentos: o Hospital das Clínicas de Recife (PE) e a Secretaria de Saúde de Campinas.
- Foram **capacitados** cerca de **215 profissionais**.
- Foi **gasto** cerca de **R$ 140 000,00** na realização desses treinamentos.
- A **média de custo** por treinando foi de **R$ 650,00.**

VI - Conclusões

Ao compararmos a atual situação da assistência, prestada aos pacientes portadores do HIV/aids, com a de há quatro anos constatamos um avanço considerável.

Uma rede de Serviços Alternativos foi efetivamente implantada. Qualidade de assistência, baseada no atendimento integral do paciente e resolubilidade diagnóstico-terapêutica, foram esses os princípios que nortearam esse Programa de Alternativas Assistenciais. Os SAE, os HD e as ADT, foram gradativamente constituindo-se em Serviços de referência para atendimento, ao mesmo tempo em que estabeleciam mecanismos de contra-referência com rede de Serviços do SUS. A despeito do cenário de serviços públicos de saúde , os SAE constituíram uma rede de assistência ambulatorial diferenciada . Os HD assumem, gradativamente, um importante papel de alternativa às internações. As ADT, constituem-se em referências para o encaminhamento de internações de longa duração. A disponibilização de medicamentos anti-retrovirais e preservativos foi assegurada nesses Serviços.

A rede de hospitais convencionais credenciados ampliou-se. Um mecanismo de acompanhamento da dinâmica de internações através de AIH- HC e HD foi estabelecido. A ADT foi incluída na tabela do SUS. Um nº significante de profissionais foram capacitados no manejo clínico da aids e gerenciamento de Serviços.

Em tempos de otimização de recursos em todas áreas sociais, cumpre salientar os resultados de estudos recentes (FIPE), que demonstram a redução de custos de assistência quando prestadas por algumas das Alternativas.

Por outro lado, estes avanços, associados às mudanças no perfil da epidemia, geraram novas demandas e elucidaram estrangulamentos que limitam nossas intervenções. Enfoques à adesão ao tratamento, atenção a mulheres e crianças portadoras do HIV, atenção aos usuários de drogas ilícitas e implementação no processo de gestão dos Serviços (monitoramento e avaliação) são algumas das demandas evidenciadas. Outras de grande importância são a necessidade de diferenciação na tabela do SUS, de atendimento nos SAE e a adequação dos atuais valores de AIH-HD e ADT.

Maiores desafios constituem a manutenção da política de disponibilização de medicamentos, e a implementação de nossa deficiente rede laboratorial que tem limitado, significativamente, a operacionalização de nossas ações assistenciais.

Primando a descentralização das ações, preconizada no Projeto AIDS II, a área de Serviços à aids , da Unidade de Assistência, deverá prosseguir, nos próximos anos, com suas atividades norteadas por esses parâmetros e incorporando possíveis novas estratégias, que poderão se constituir em respostas às questões assistenciais futuras.

VII - Agradecimentos

A Unidade de Assistência agradece:

- a todos os nossos parceiros, do Ministério da Saúde e demais, que têm atuado na melhoria da assistência aos pacientes portadores do HIV/aids e, em especial:
- nessa Coordenação, aos nossos colegas de trabalho das Unidades Financeira, e da Programação Visual pelo empenho e usual disponibilidade em colaborar com a Unidade de Assistência, contribuindo para com a melhoria da qualidade dos produtos de nossas atividades;
- ao nosso Coordenador Dr Pedro Chequer, por seus esforços no que diz respeito à assistência aos pacientes portadores do HIV/aids;
- à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), pela excelente cooperação;
- aos coordenadores de DST/Aids em níveis locais, pelo empenho e esforços na área de Serviços/aids, e
- aos coordenadores dos treinamentos de SAE, HD e ADT pelos esforços em assegurar treinamentos de qualidade aos profissionais de saúde.

Unidade de Assistência- Técnicos

Valdiléa Veloso - Responsável pela Unidade

Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos

Cláudia Simone Costa da Cunha

Elisa Kazue Sudo

Fábio Moherdaui

Karin Sakita

Marcos Vitória D'Ávila

Keille Moura - Secretárias
Daniele Soares

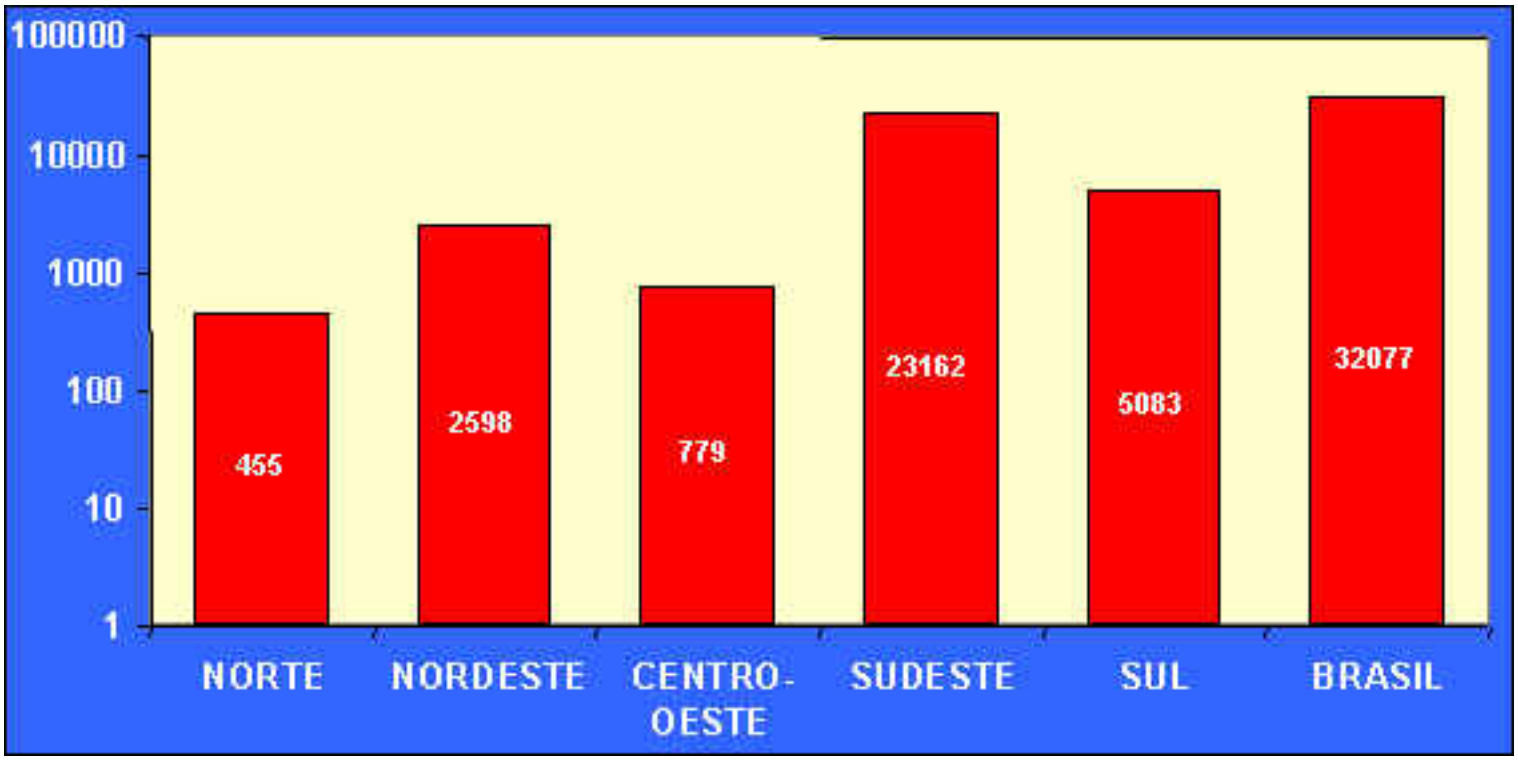
Elaboração do Relatório: ***Cláudia Cunha***

Supervisão: ***Valdiléa Veloso***

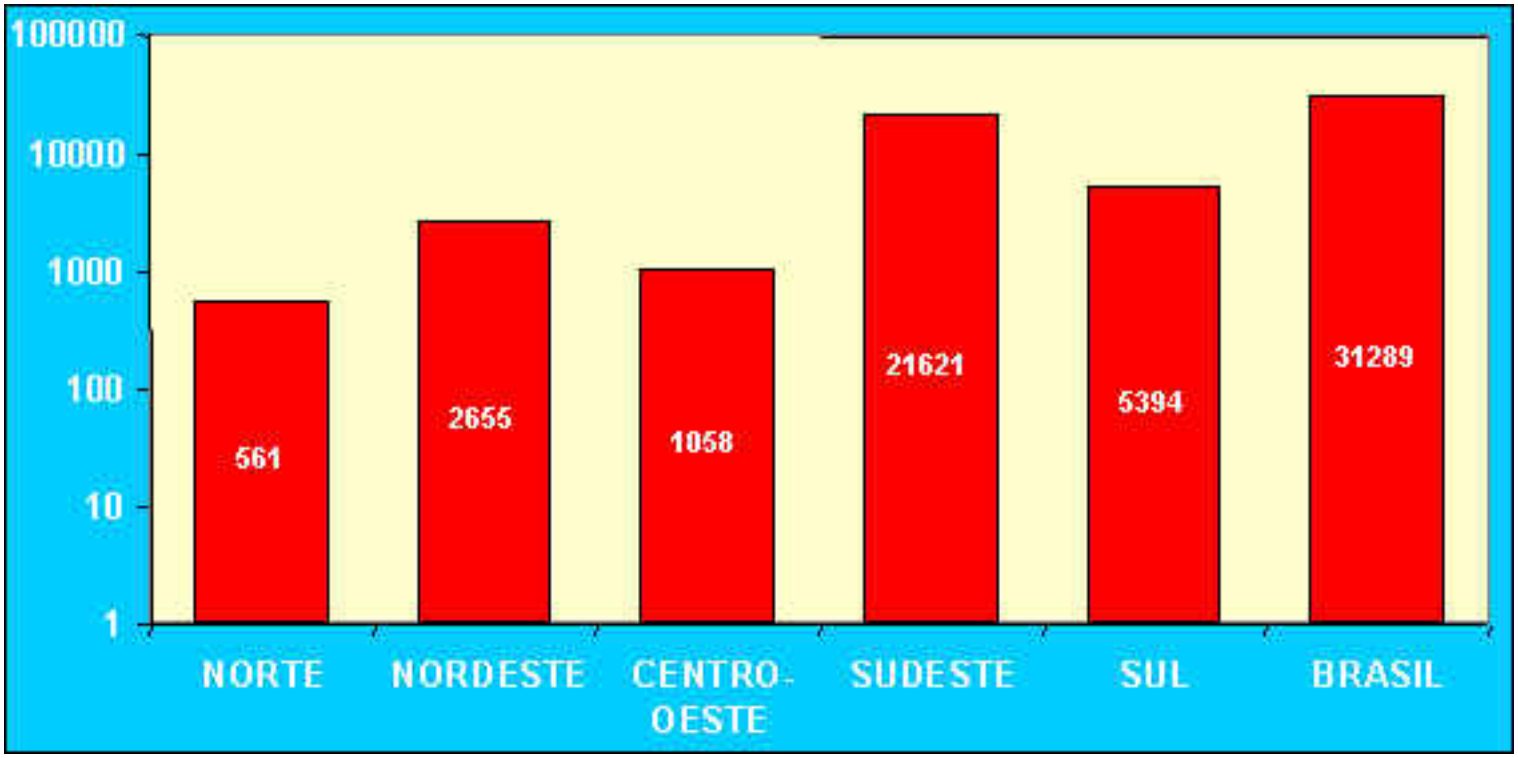
Sistema Único de Saúde - SUS

Número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH/aids) por Região

1995



1996

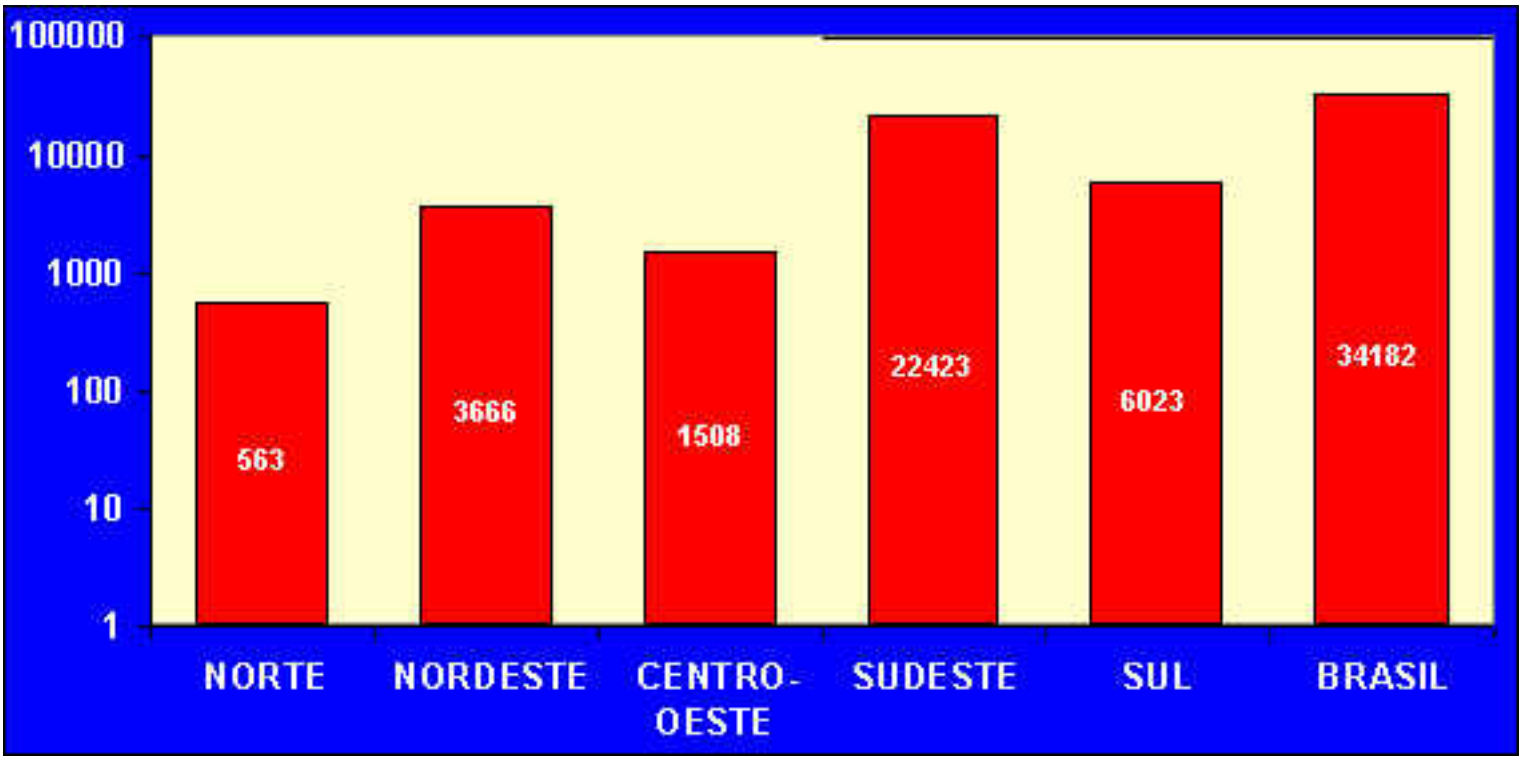


FONTE:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

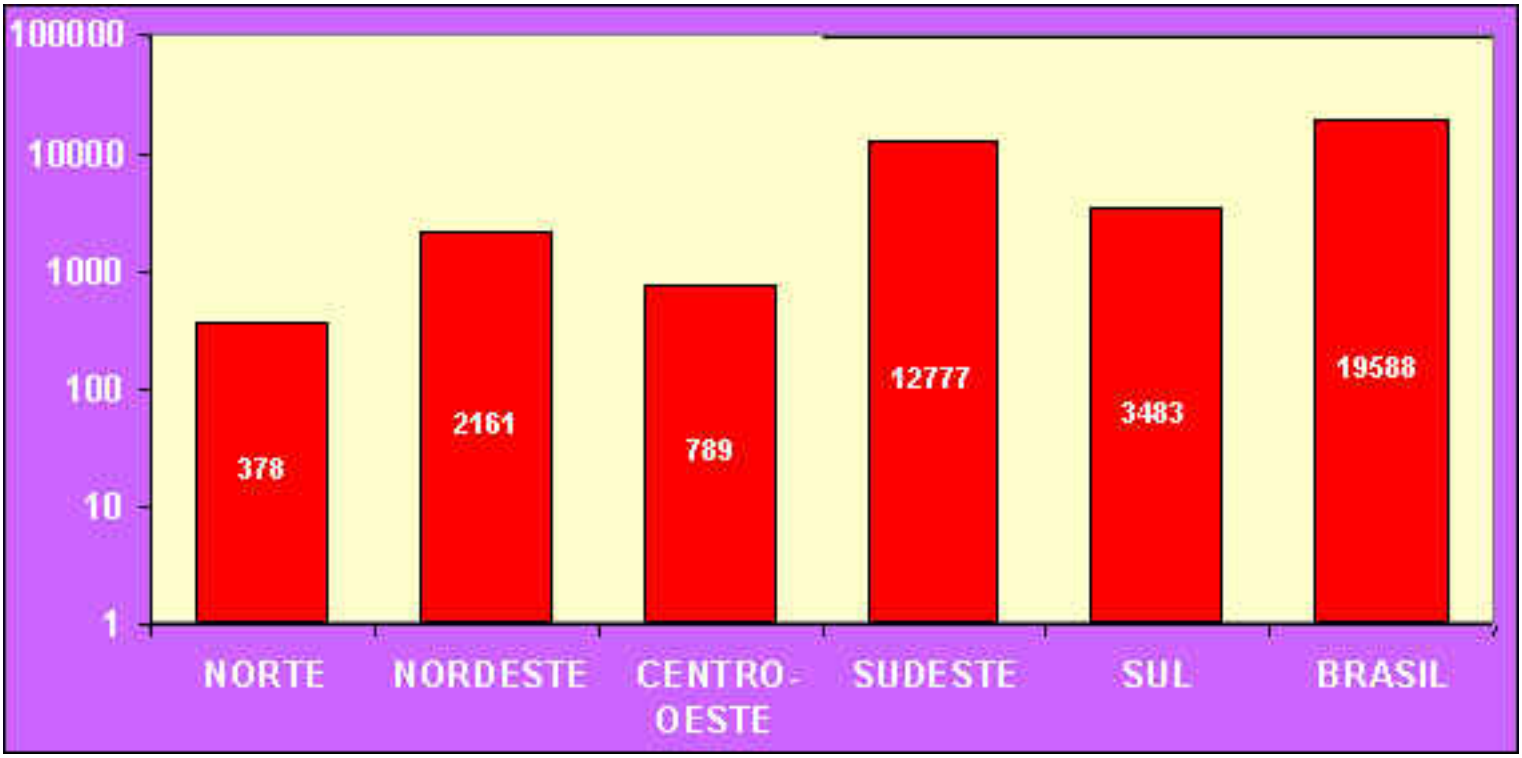
Sistema Único de Saúde - SUS

Número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH/aids) por Região

1997



Janeiro a Junho de1998

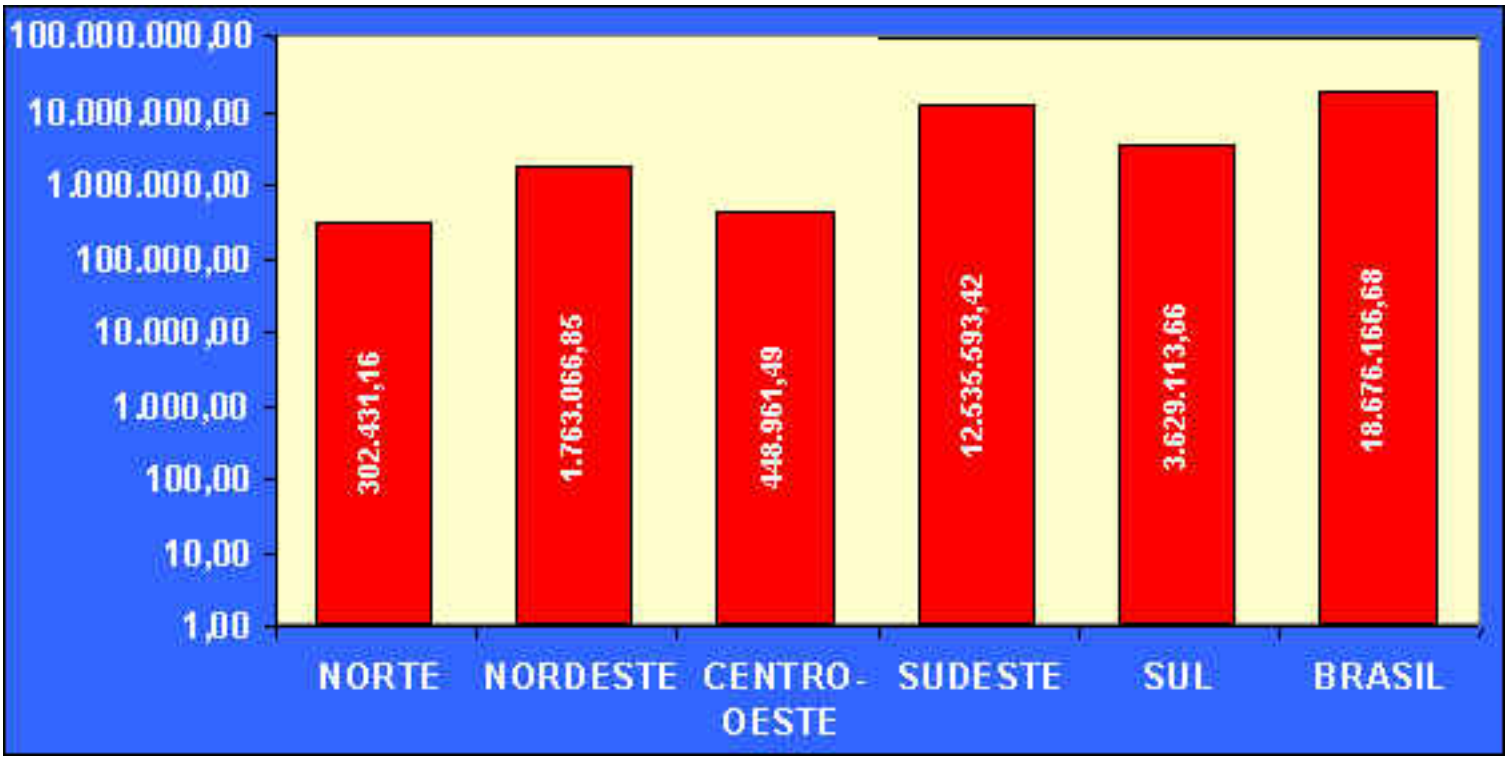


FONTE:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

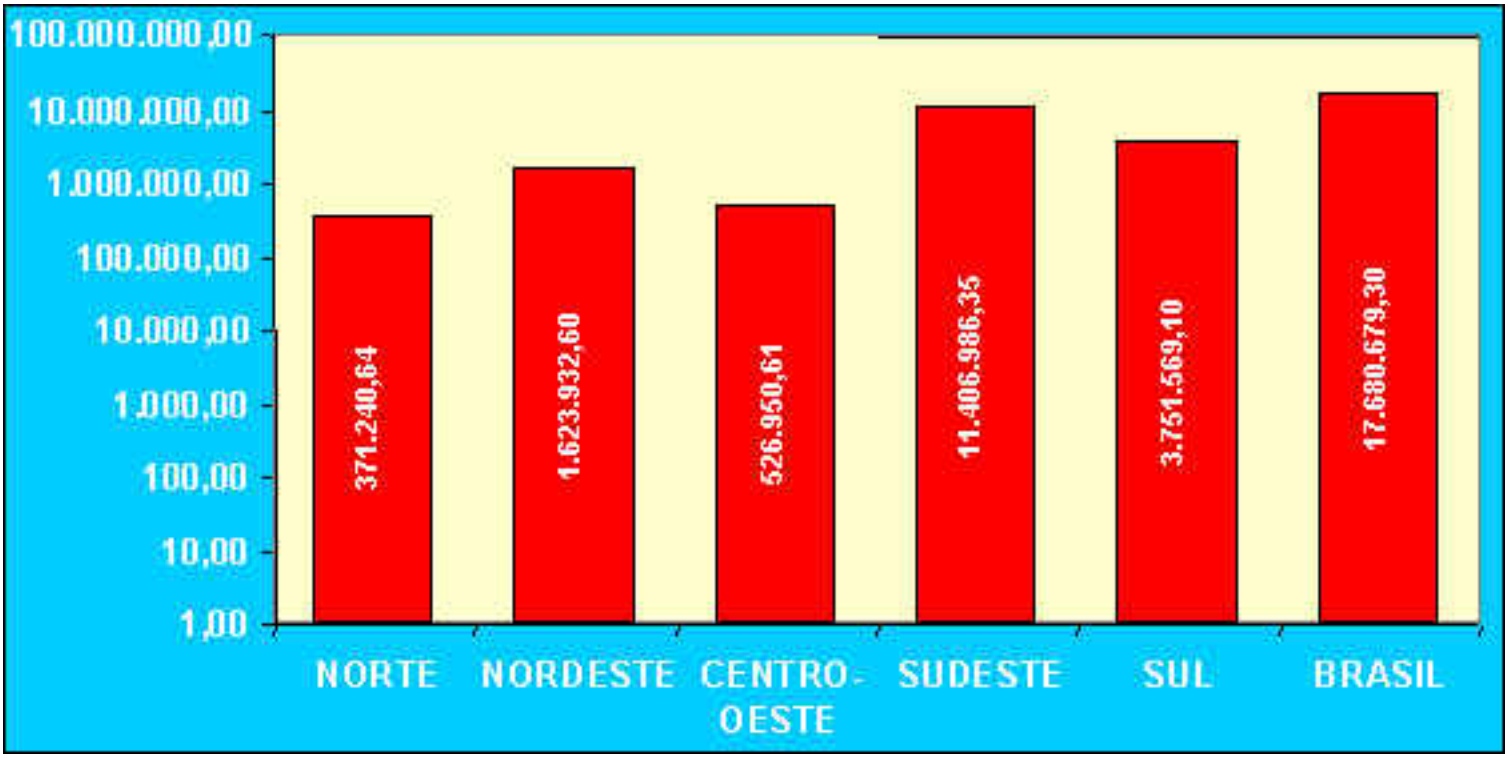
Sistema Único de Saúde - SUS

Distribuição por Região dos Valores Pagos por Internações/aids

1995



1996

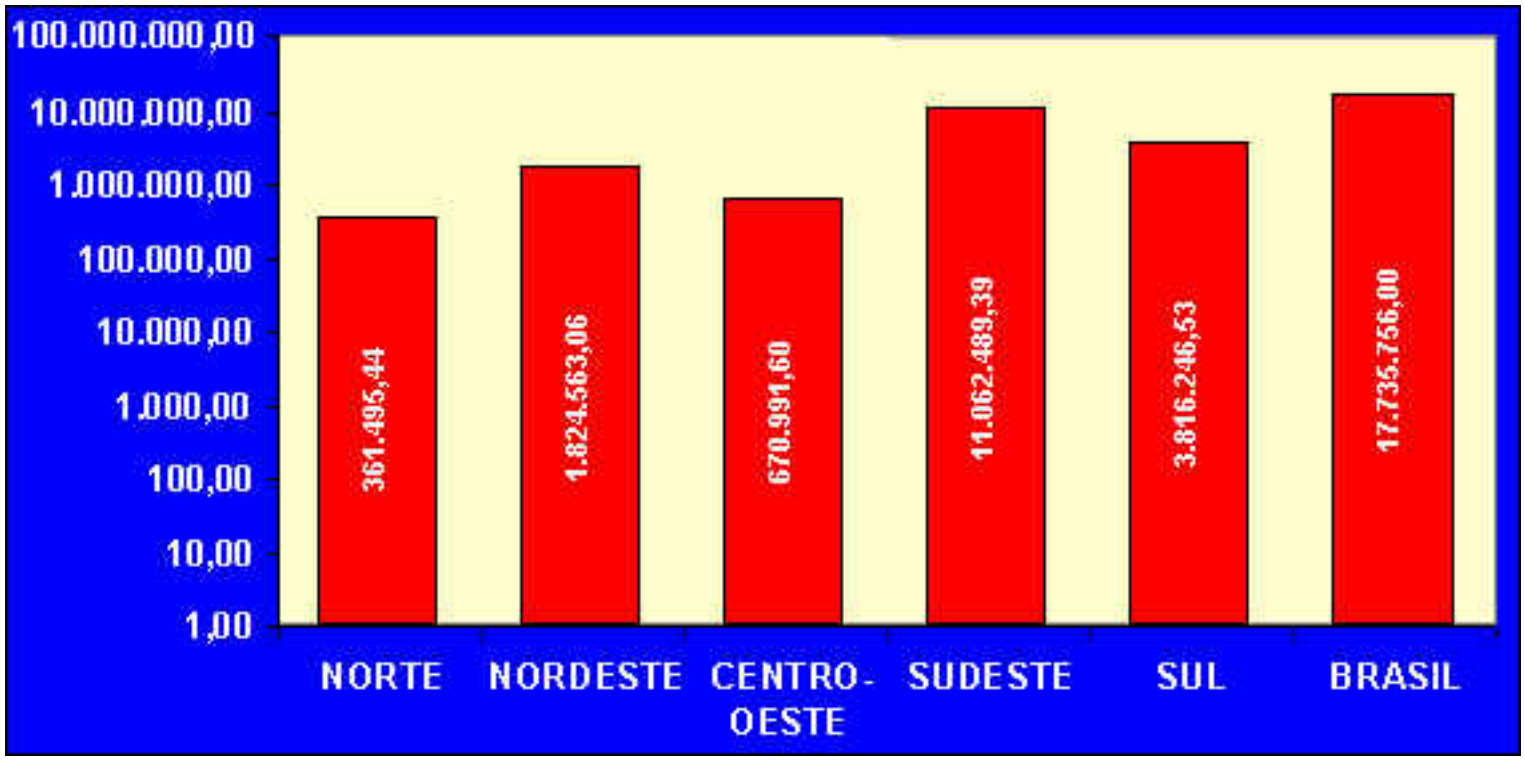


FONTE:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

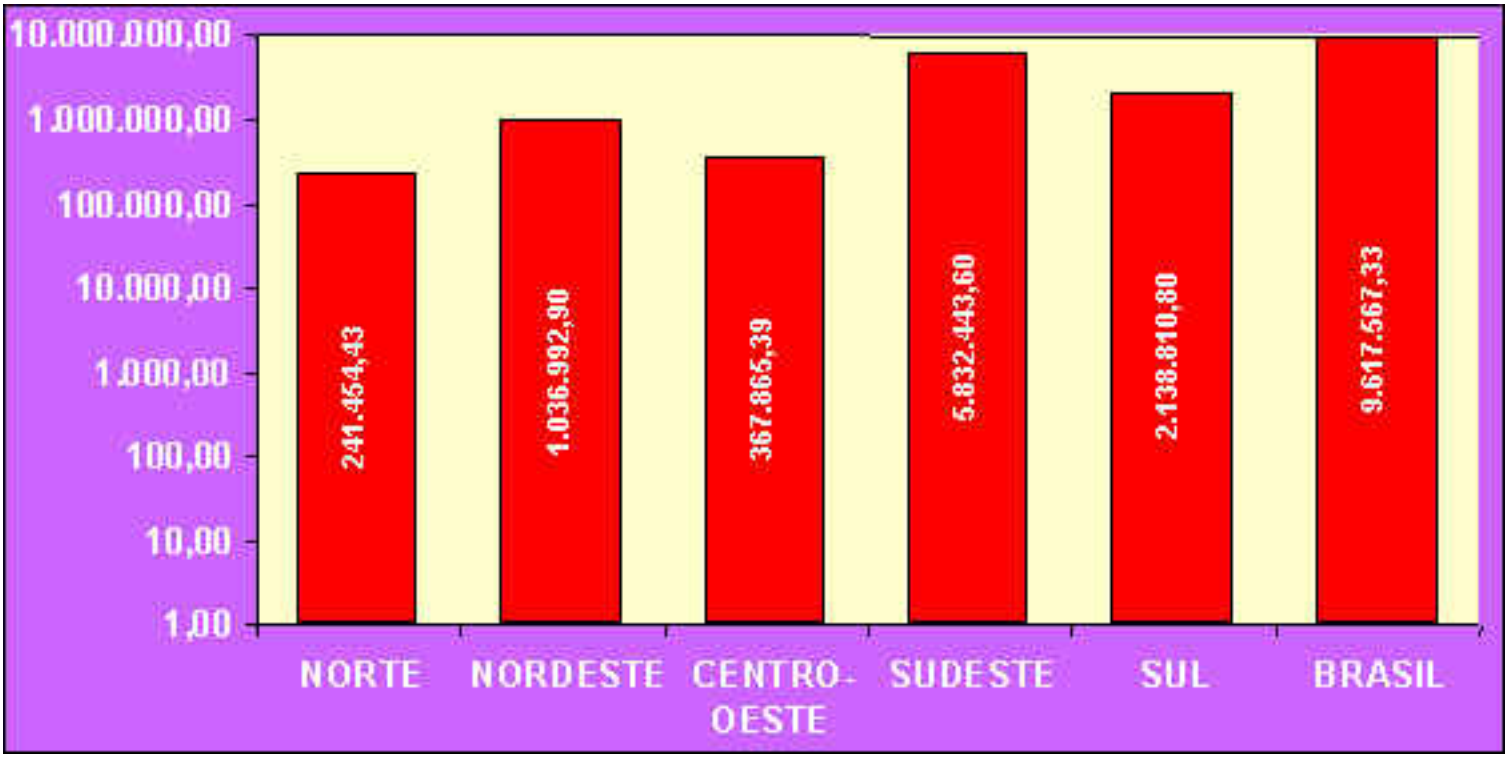
Sistema Único de Saúde - SUS

Distribuição por Região dos Valores Pagos por Internações/aids

1997



Janeiro a Junho de1998

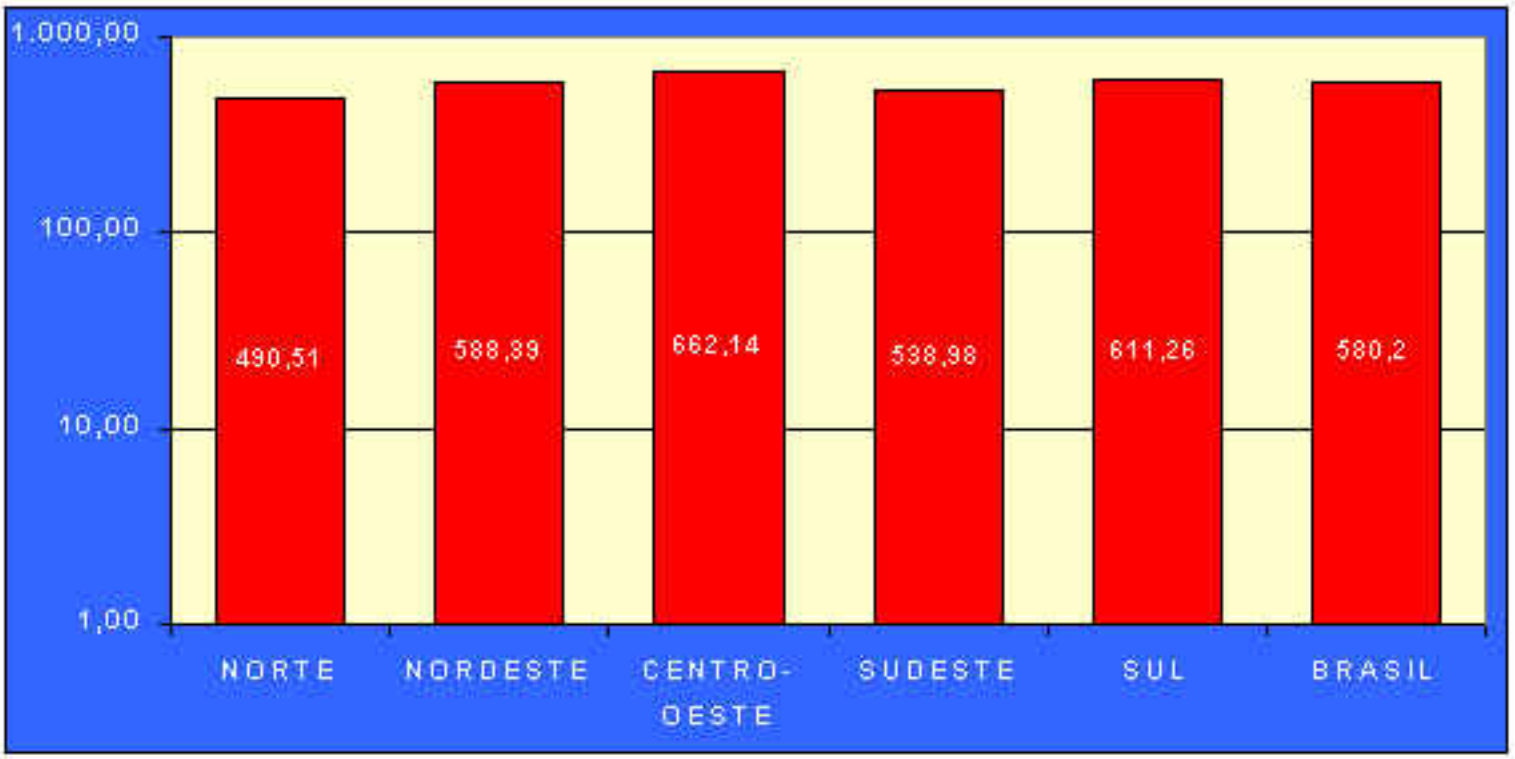


FONTE:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

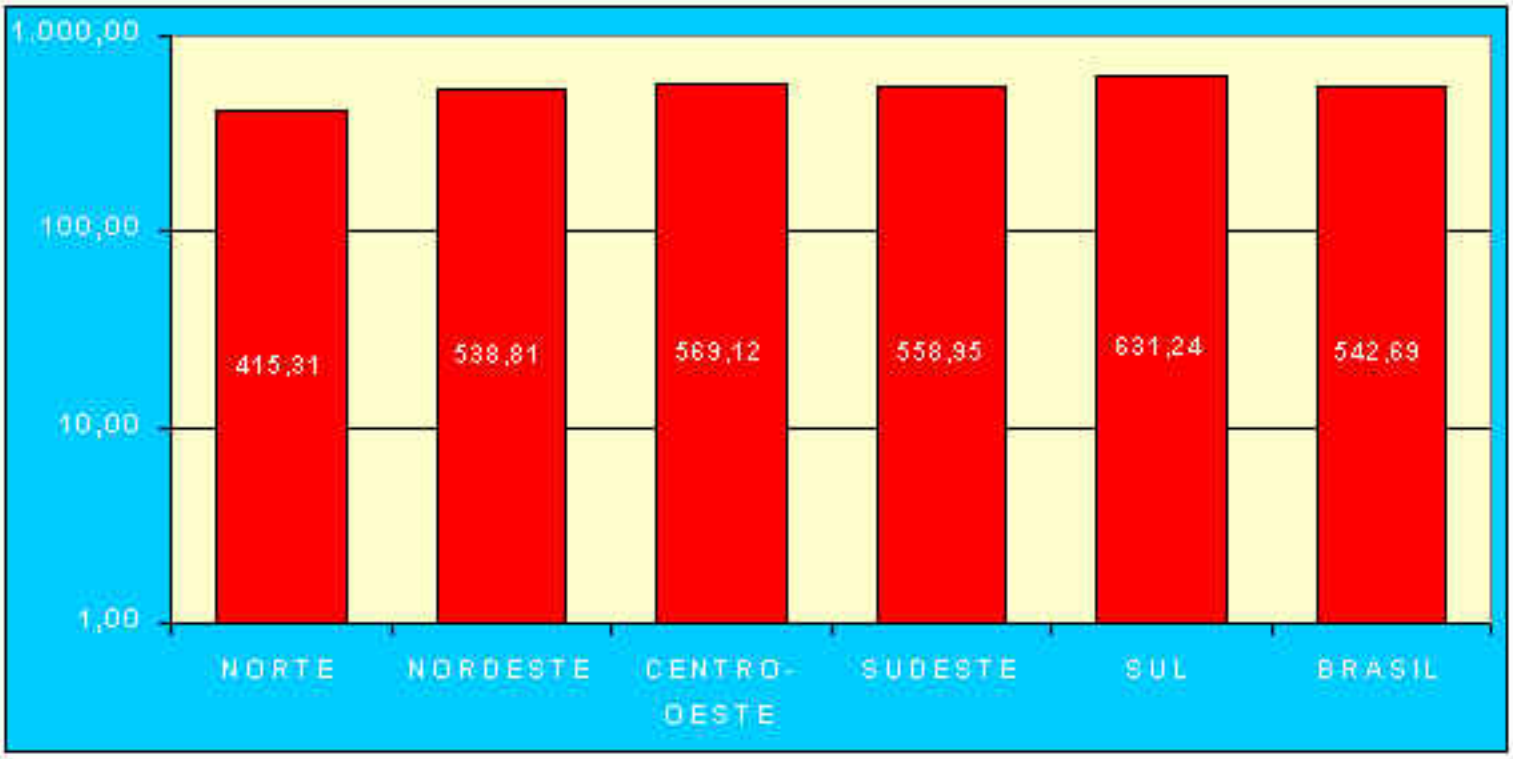
Sistema Único de Saúde - SUS

Média de Valores de Internação/aids por Região

1995



1996

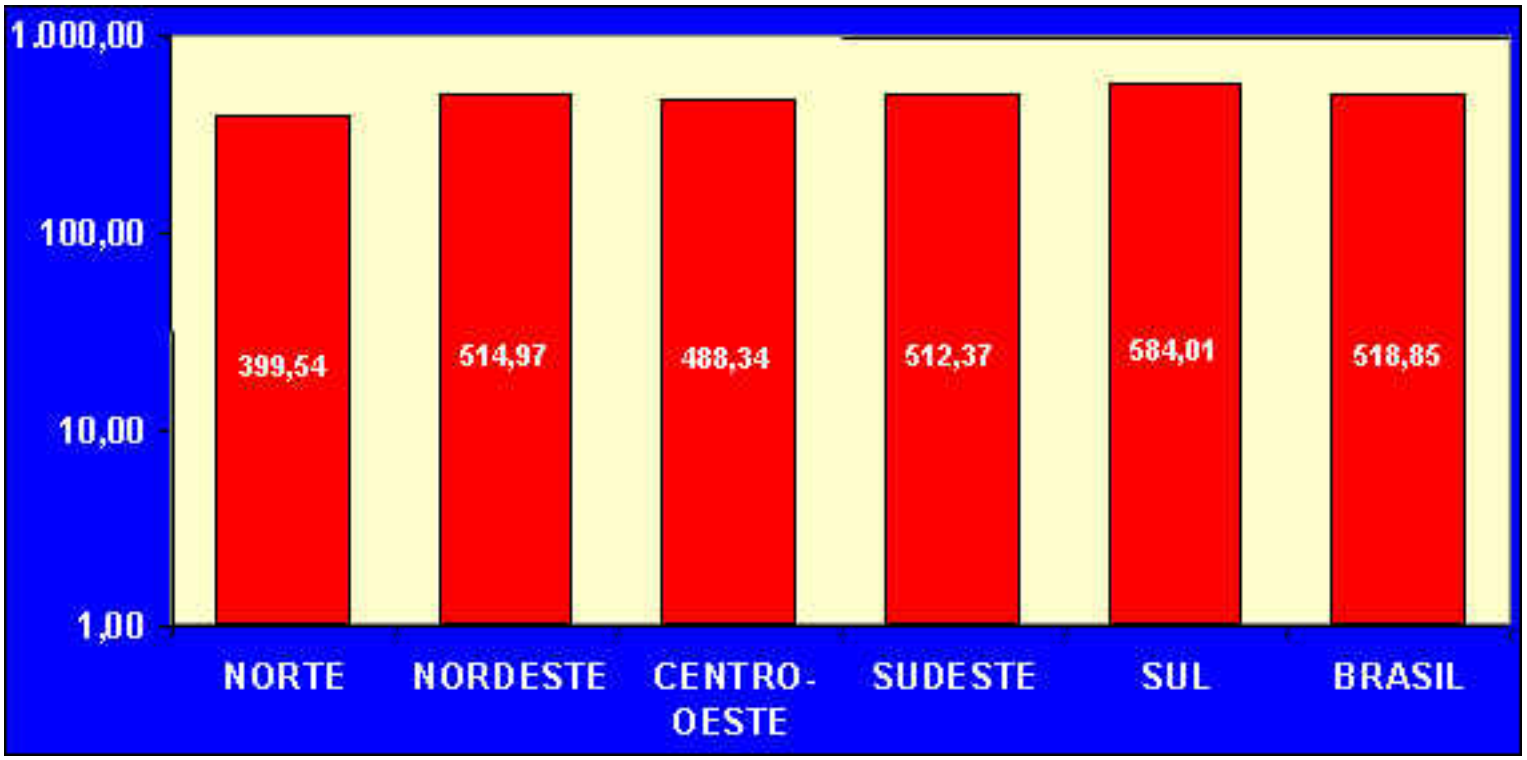


FONTE:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

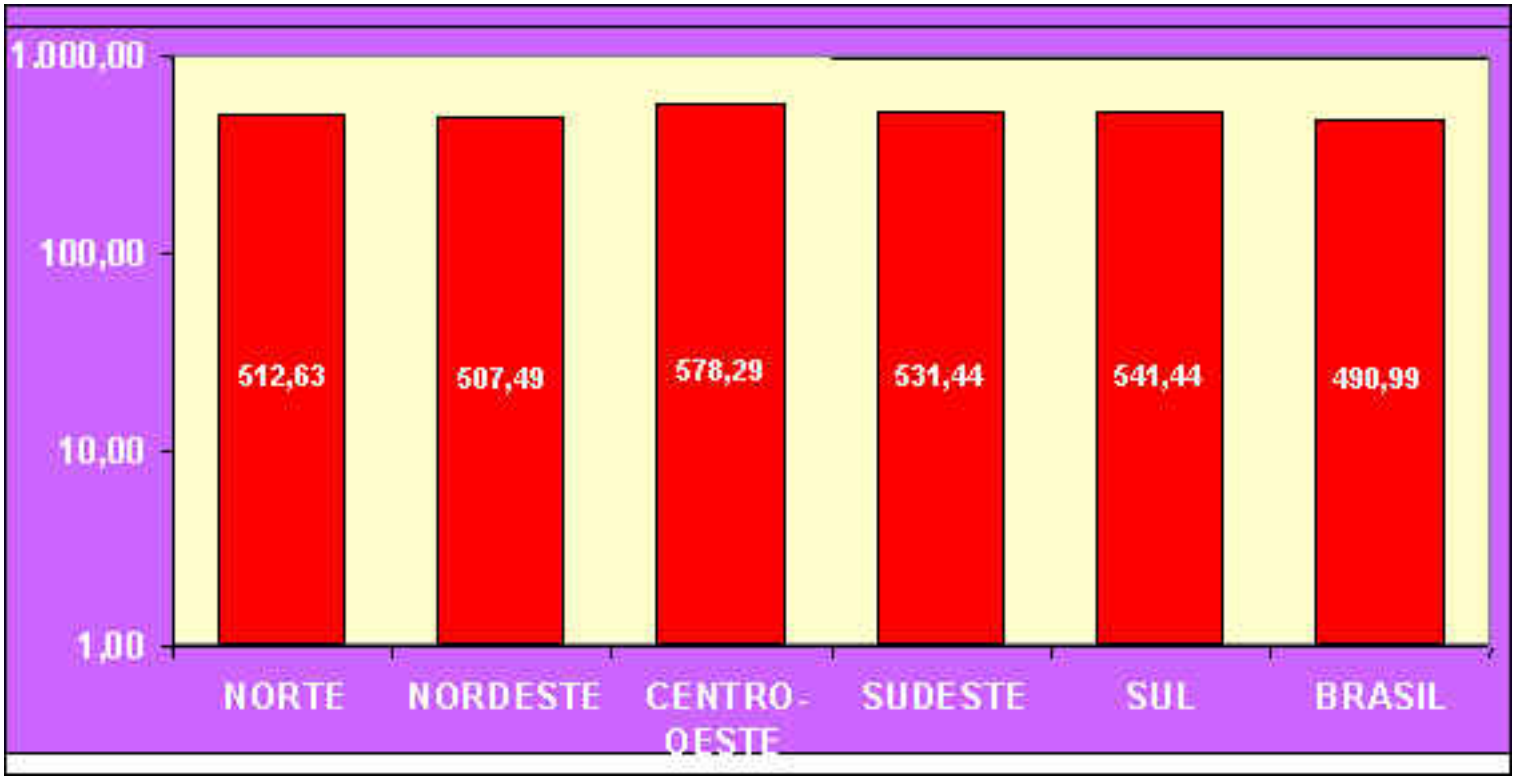
Sistema Único de Saúde - SUS

Média de Valores de Internação/aids por Região

1997



Janeiro a Junho de 1998

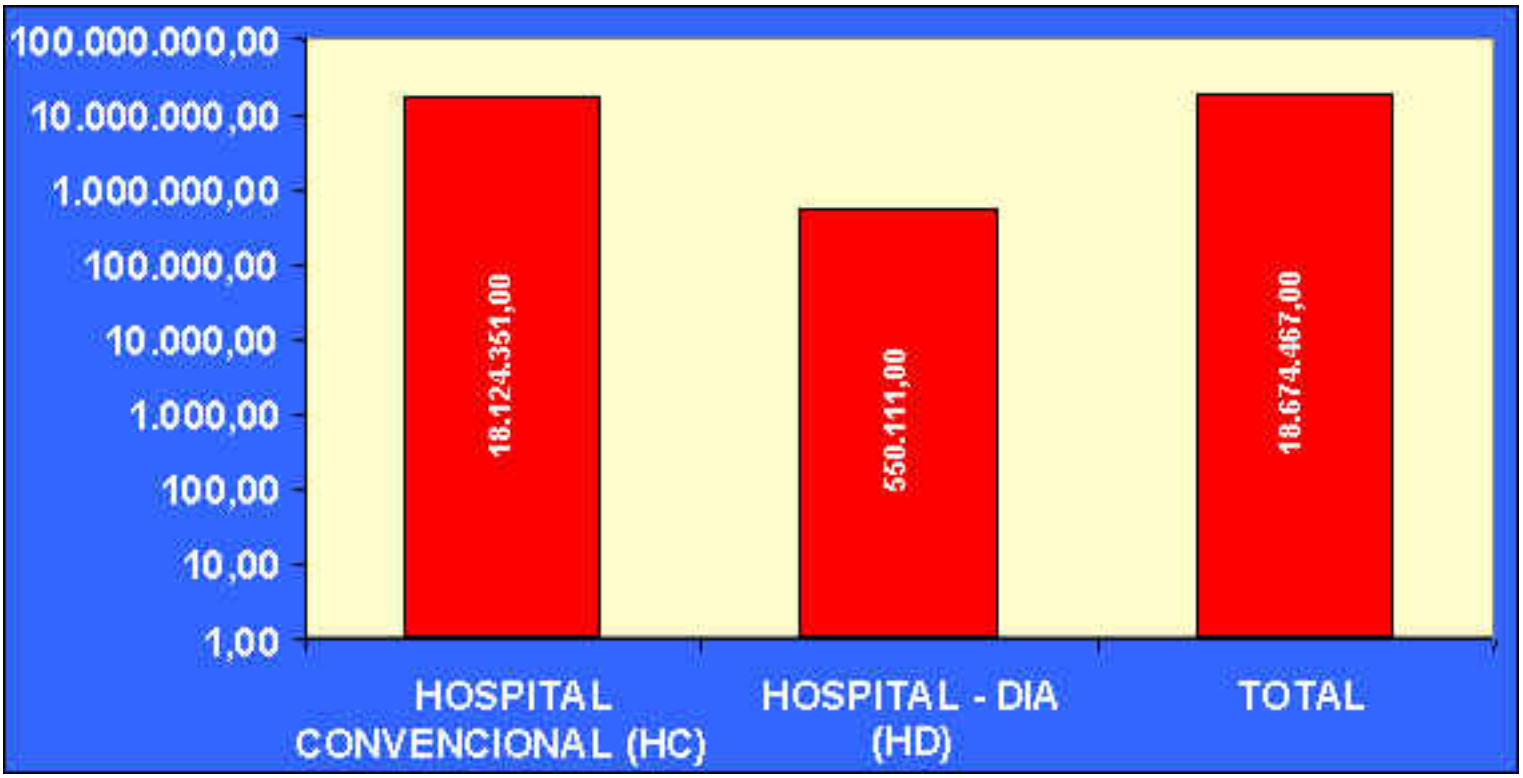


FONTE:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

Sistema Único de Saúde - SUS

Valores de AIH/aids Pagos por Modalidade Hospitalar

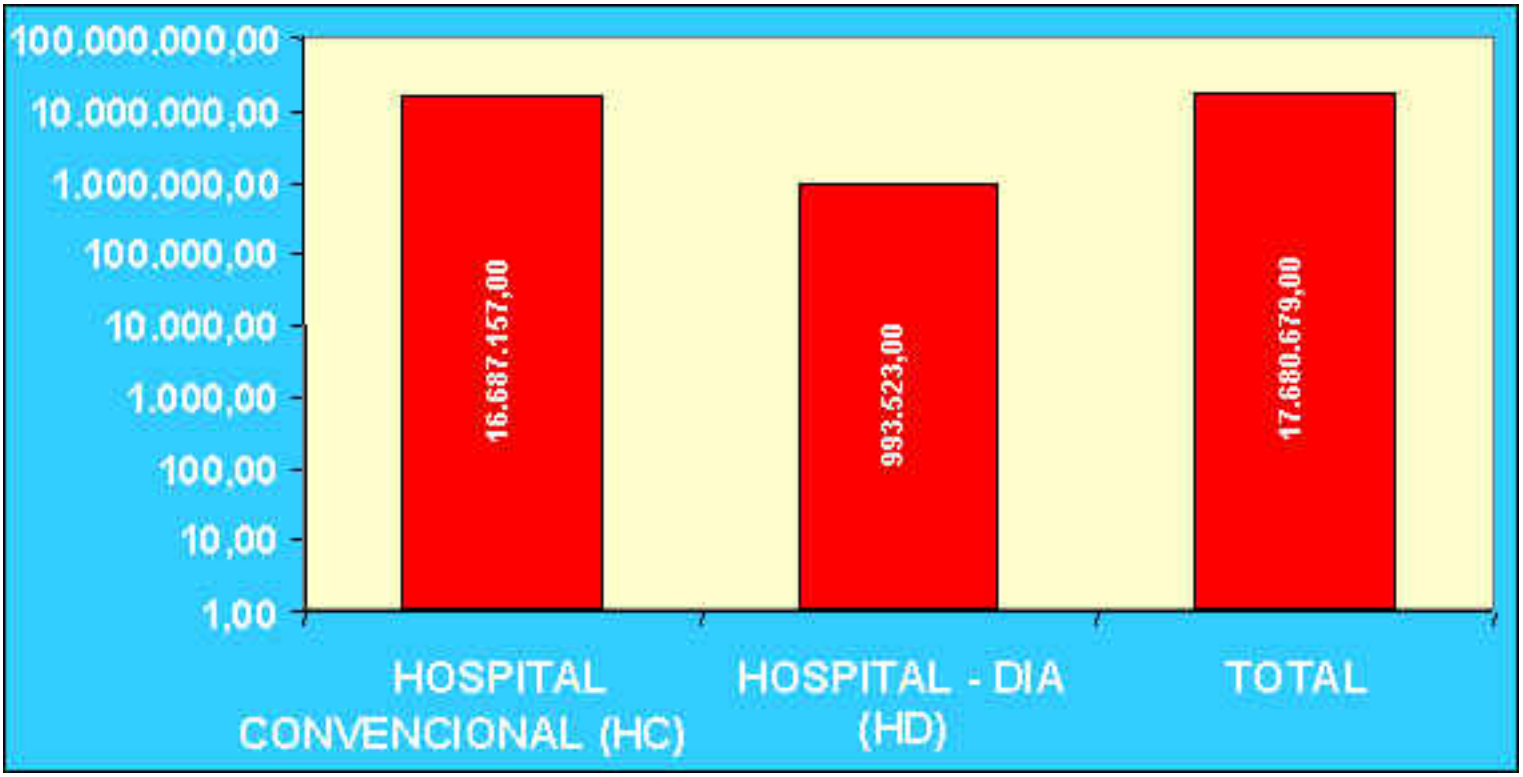
1995



Nº DE HC CREDENCIADOS = 288

Nº DE HD CREDENCIADOS = 17

1996



Nº DE HC CREDENCIADOS = 311

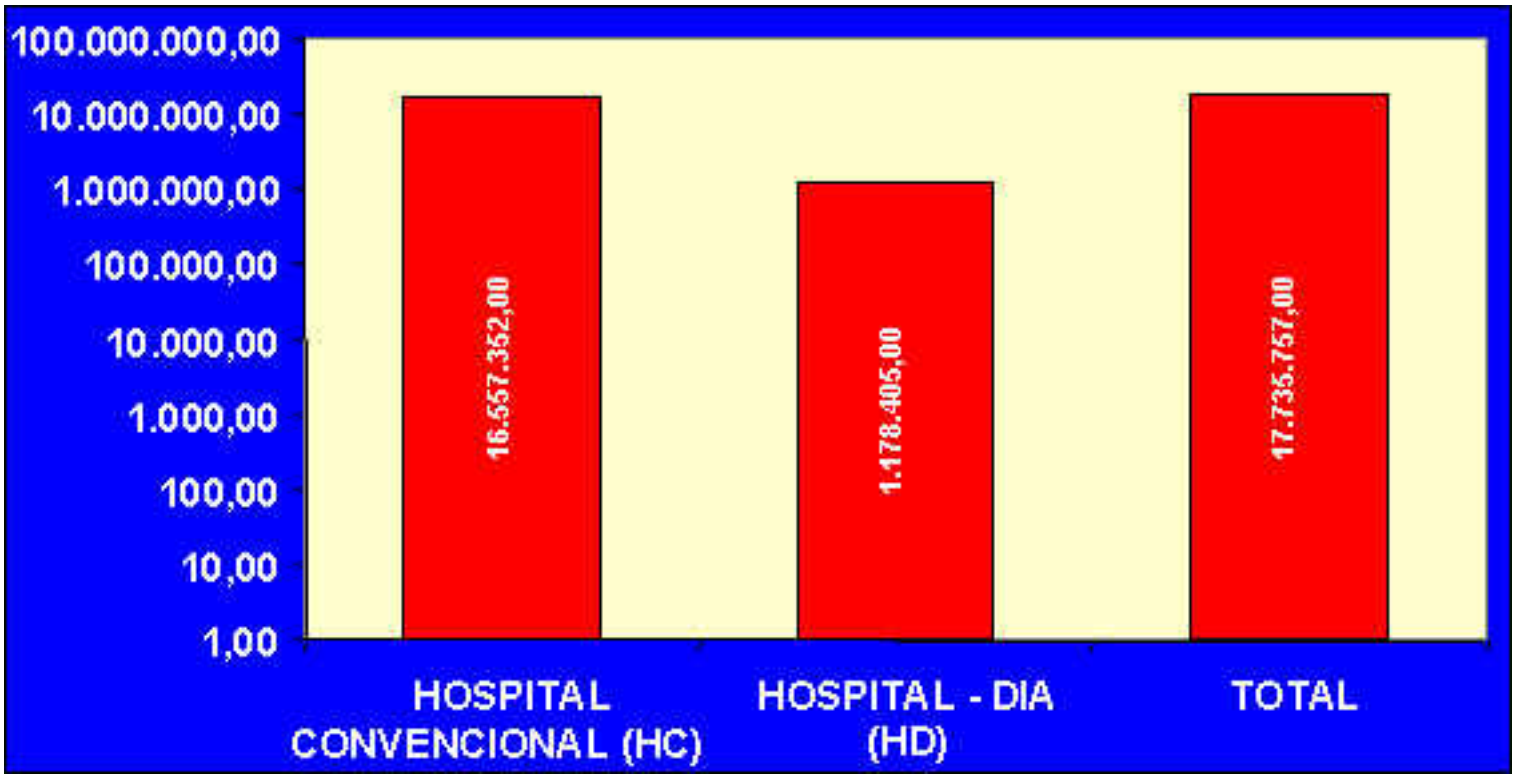
Nº DE HD CREDENCIADOS = 37

FONTE:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

Sistema Único de Saúde - SUS

Valores de AIH/aids Pagos por Modalidade Hospitalar

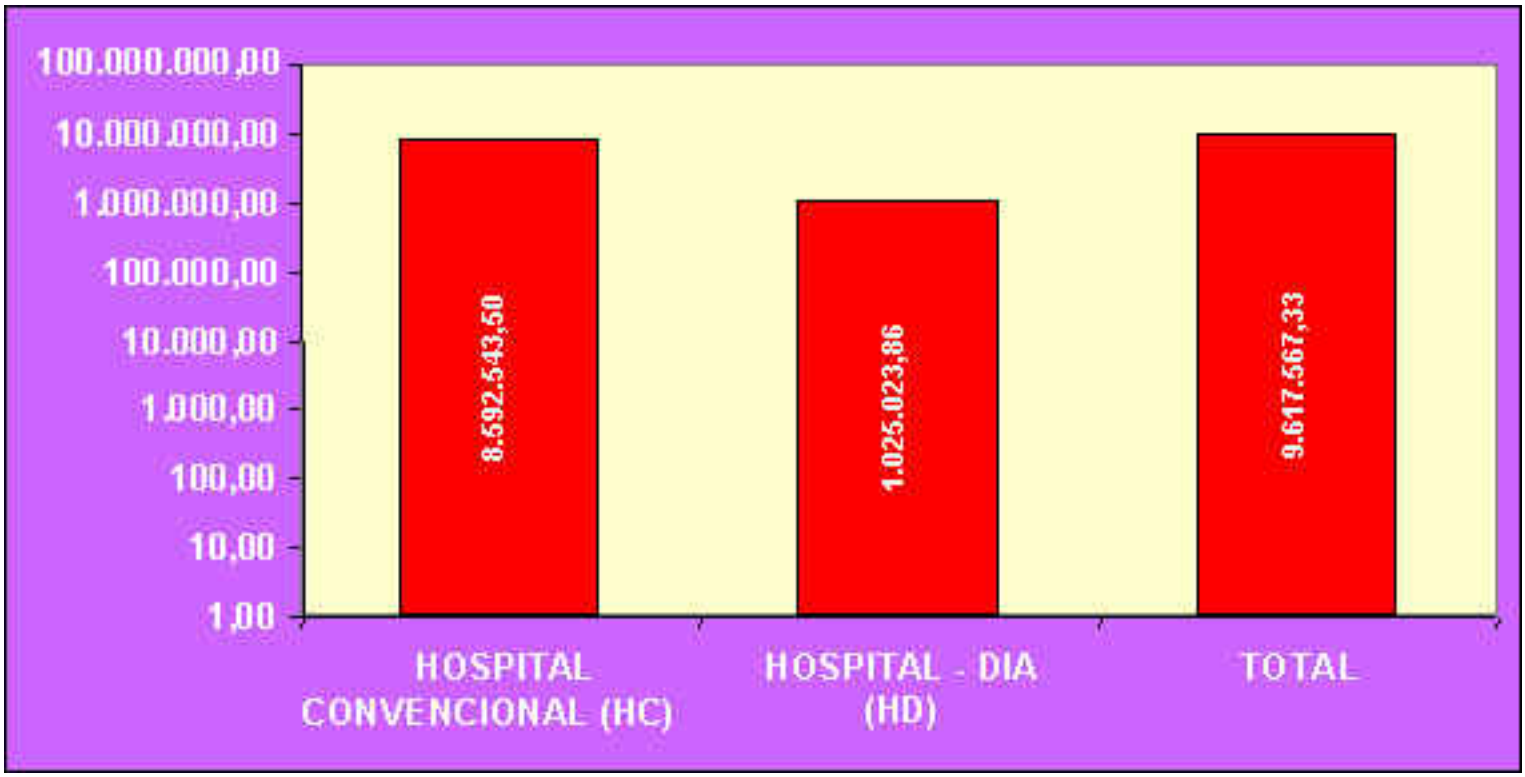
1997



Nº DE HC CREDENCIADOS = 327

Nº DE HD CREDENCIADOS = 44

Janeiro a Junho de 1998



Nº DE HC CREDENCIADOS = 334

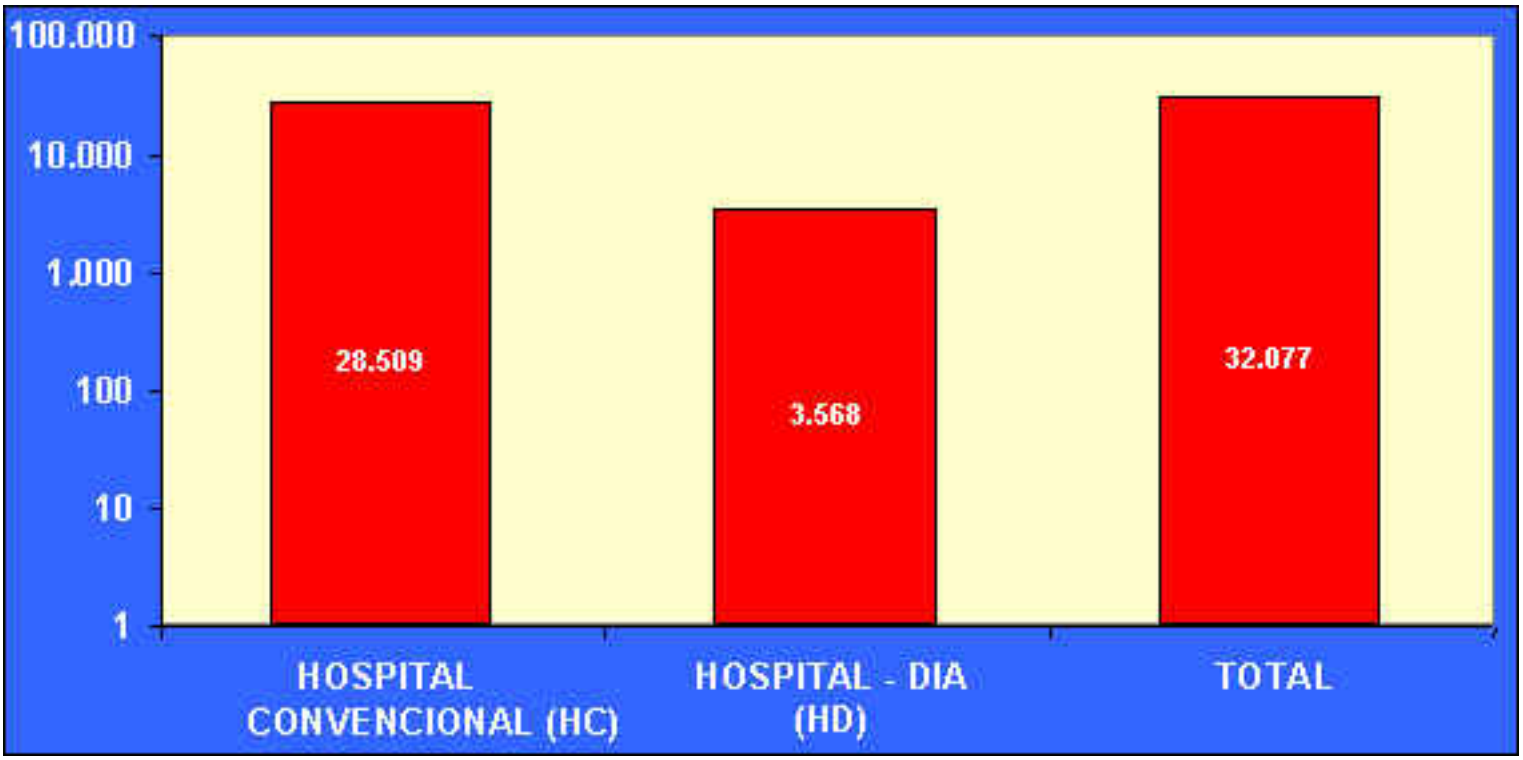
Nº DE HD CREDENCIADOS = 49

FONTE:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

Sistema Único de Saúde - SUS

Número de AIH/aids por Modalidade Hospitalar

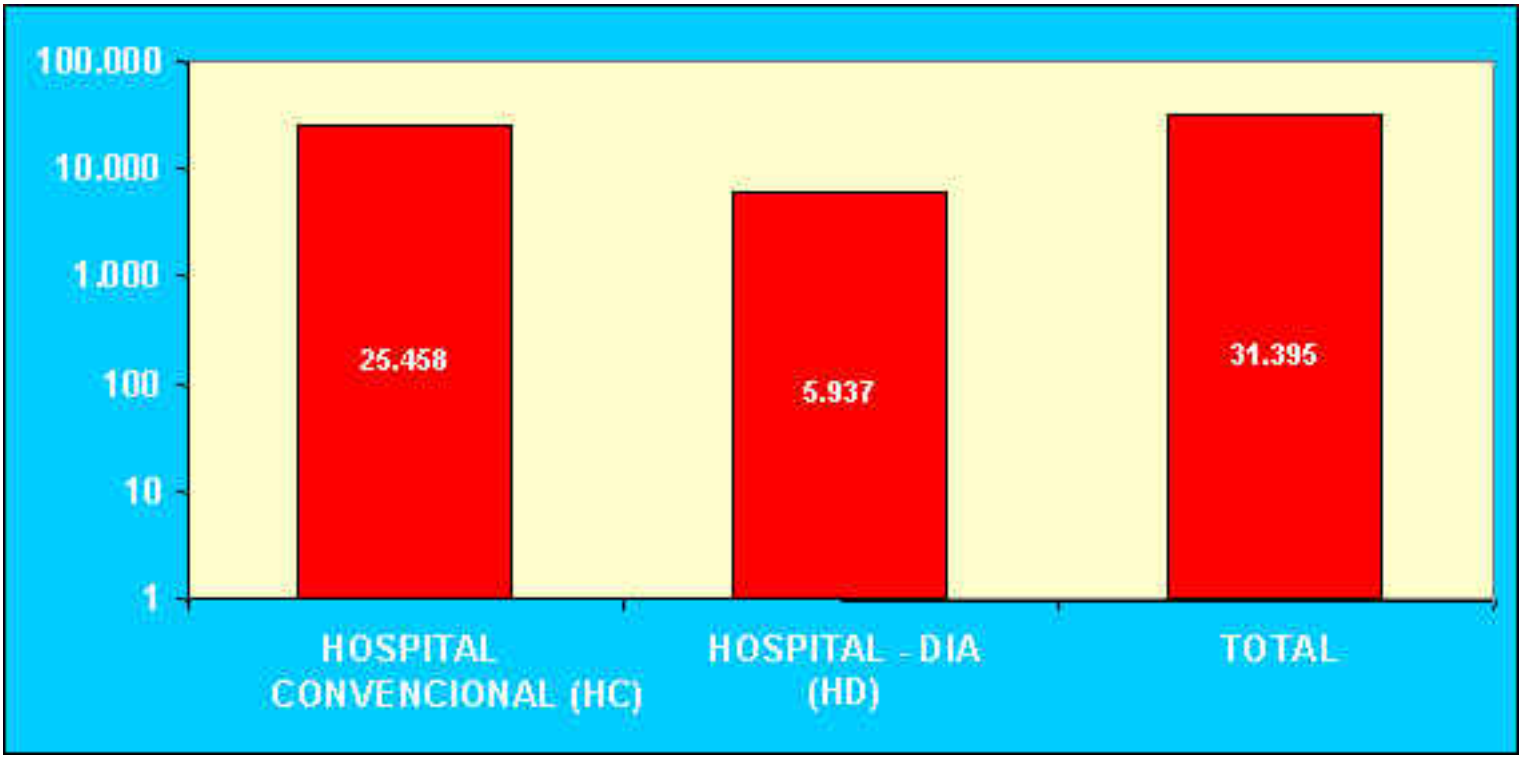
1995



Nº DE HC CREDENCIADOS = 288

Nº DE HD CREDENCIADOS = 17

1996



Nº DE HC CREDENCIADOS = 311

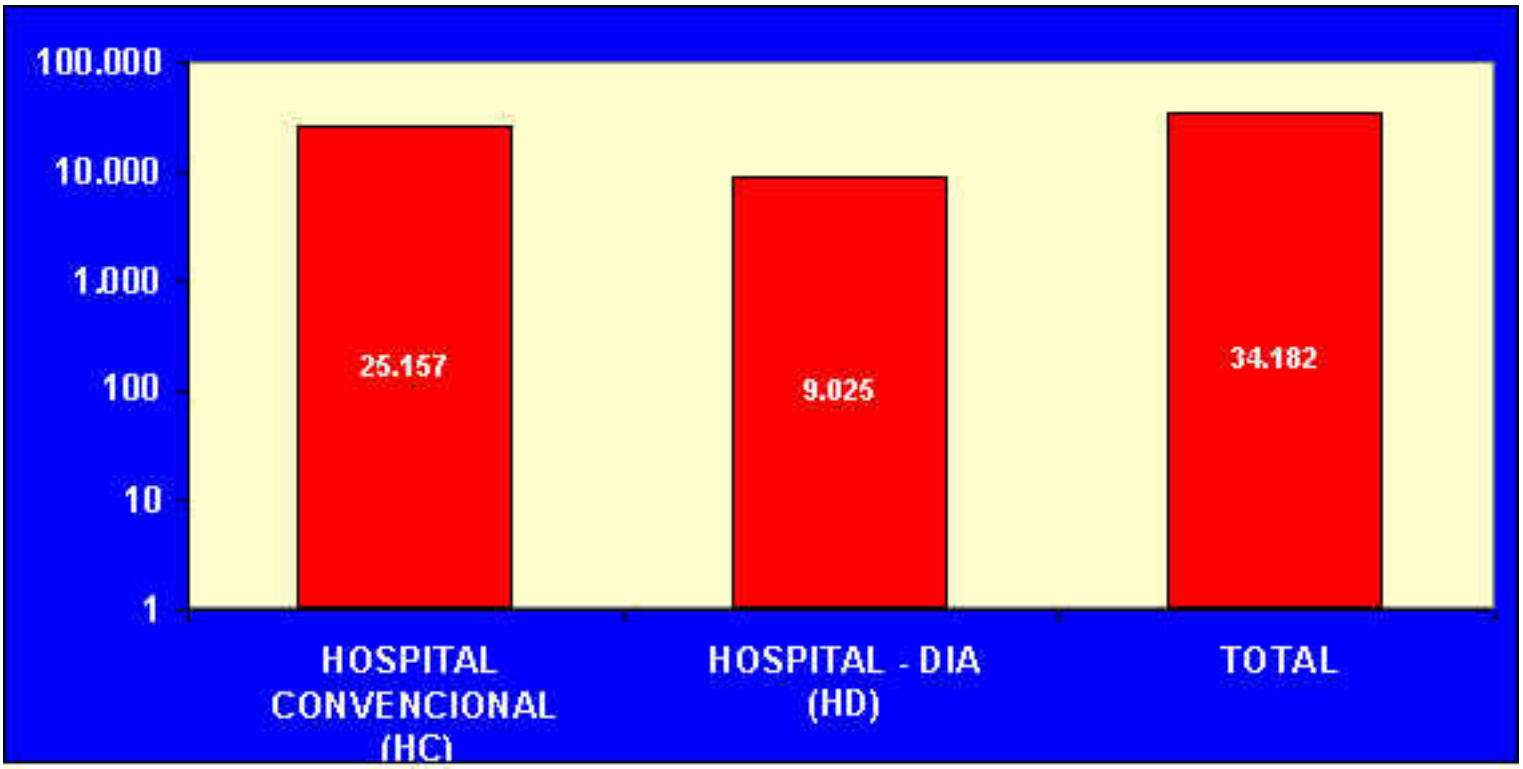
Nº DE HD CREDENCIADOS = 37

FONTE:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

Sistema Único de Saúde - SUS

Número de AIH/aids por Modalidade Hospitalar

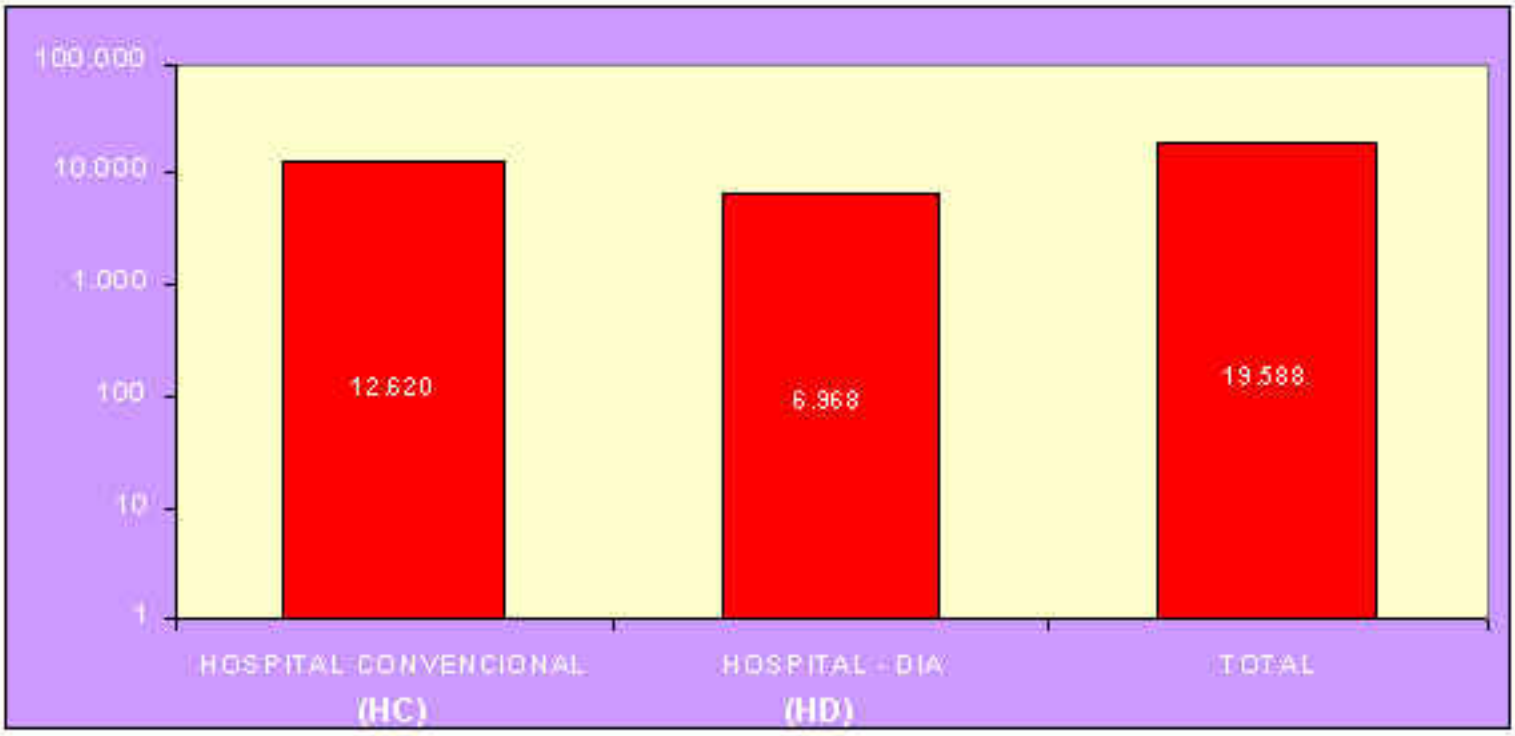
1997



Nº DE HC CREDENCIADOS = 327

Nº DE HD CREDENCIADOS = 44

Janeiro a Junho de 1998



Nº DE HC CREDENCIADOS = 334

Nº DE HD CREDENCIADOS = 49

FONTE:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

AIDS - ASSISTÊNCIA

Distribuição do Nº de AIH por Faixa Etária

1995/96/97



FONTE:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

O Perfil dos SAE

Alternativas Assistenciais à aids no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviço de Assistência Especializada (SAE).

A política de assistência aos pacientes portadores do HIV/aids no Brasil, estruturada a partir do início da década de 90, fundamentou-se na obtenção da melhoria da qualidade de vida dos pacientes e na racionalização de recursos humanos e financeiros.

Neste contexto, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu diretrizes e ações de intervenção, de responsabilidade dos diversos níveis da esfera governamental , junto à rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS) e através do desenvolvimento de um Programa Alternativo de Assistência.

A definição da política de medicamentos que se baseou na normatização de recomendação de condutas terapêuticas e na disponibilização gratuita de medicamentos (anti-retrovirais) constituiu-se em um grande marco de avanço no contexto assistencial. A inclusão dos grupos de procedimentos para tratamento da aids no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS, permitiu o estabelecimento gradativo de uma rede hospitalar de atendimento em todo o país que é representada, atualmente, por 340 hospitais convencionais credenciados. A capacitação de profissionais de saúde , através dos Serviços de Referência em aids e Universidades conveniadas com o MS, permitiu a gradual qualificação dos profissionais dessa rede de saúde.

Em resposta à demanda assistencial crescente o MS concebeu, de forma inovadora, o Programa de Alternativas Assistenciais. Este Programa baseou-se em Projetos de implantação de Serviços, alternativos à assistência convencional, que apresentassem conceitos individualizados de níveis de atenção, resolutividade diagnóstico- terapêutica e que estabelecessem mecanismos de referência e contra- referência com os Serviços da rede pública de saúde.

Desta forma, em nível ambulatorial, desenvolveu-se o conceito de Serviço de Assistência Especializada (SAE); em nível de hospitalização convencional promoveu-se as alternativas de assistência dos tipos Hospital-Dia (HD) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT).

Em comum, o atendimento nestes Serviços deveria ser assegurado por equipes multidisciplinares com o objetivo de oferecer uma assistência humanizada e de qualidade, baseada na atenção integral do paciente e sua família . Com propósitos secundários e de enfoque em custo- benefício, projetos como HD e

ADT deveriam contribuir para com a redução de demanda de internação hospitalar , de permanência nos leitos hospitalares e portanto, contribuir para com a redução de gastos pelo SUS.

Durante o período de 5 anos, o MS investiu, através de recursos destinados à aquisição de equipamentos e veículos , treinamentos para capacitação de profissionais de saúde e supervisões técnicas, de maneira significativa na implantação/implementação dessa rede de Serviços Alternativos.

A implantação da rede de SAE

Os SAE foram inicialmente implantados, a partir de 1994, de forma descentralizada, através de recursos repassados através do Plano Operativo Anual (POA), pelo MS, às coordenações locais de DST e Aids. Nesse processo, os coordenadores identificavam a necessidade de implantação de Serviços, adquiriam e disponibilizavam equipamentos/veículos às instituições. Obedecendo a esta sistemática, estruturou-se um diretório de 66 Serviços em todo o país, até a presente data.

A adoção dessa política gerencial, considerada adequada naquele momento, gerou no decorrer do processo, resultados positivos e negativos. Dentre os positivos cumpre ressaltar a descentralização da responsabilidade e ônus operacionais da constituição dessa rede de Serviços. Por outro lado, observamos a marginalização das equipes de saúde e instituições ao processo, deficiências na instrumentalização de monitoramento físico-financeiro e ausência da prática de avaliação dos Serviços. Desta forma, optou-se, em 1997, para a implantação centralizada dos Serviços através do repasse de recursos pelo MS às instituições de saúde, mediante a aprovação de projetos específicos.

Desta forma, de janeiro de 1997 a maio de 1998, o MS aprovou 34 dos 57 projetos enviados à Coordenação Nacional de DST e Aids, os quais estão sendo, gradativamente, incorporados ao diretório atual.

Durante o período de abril de 1994 a abril de 1998, o MS realizou 10 treinamentos em SAE que permitiram capacitação para gerenciamento destes Serviços para 270 profissionais de saúde.

Objetivos

Com o objetivo traçar o perfil e respondermos a uma série de questões relacionadas ao funcionamento dos SAE implantados pelos coordenadores locais, no período de 1994 a 1996 , o MS realizou um levantamento de dados para obtenção de informações relativas à estrutura e atividades desse Serviços. Adicionalmente, buscamos avaliar, através desse desenho inicial, a estratégia de

descentralização do processo de implantação de Serviços.

Metodologia

Baseados em informações obtidas, durante supervisões técnicas, sobre o funcionamento dos Serviços elaboramos um questionário contendo 74 questões simples, referentes à identificação do Serviço, estrutura física mínima, equipamentos, equipe multidisciplinar mínima disponível e horários de atendimento, capacidade laboratorial, disponibilização de medicamentos e preservativos, nível de capacitação das equipes em treinamentos realizados pelo MS, recebimento de recursos para implantação via coordenações e expectativas futuras dos Serviços.

Com a colaboração do **Pergunte-Aids** do MS os endereços foram atualizados e identificados os responsáveis pelos Serviços.

Em janeiro de 1998, os questionários foram enviados aos responsáveis pelos 66 Serviços elencados.

Um envelope devidamente timbrado e endereçado ao MS foi anexado ao material, com o objetivo de facilitar o retorno dos questionários.

Resultados

De fevereiro a maio de 1998, dos 66 Serviços inicialmente questionados, 55 retornaram o questionário respondido à Coordenação Nacional o que correspondeu a um total de 83% de respostas.

Cumpre ressaltar que durante o processo, alguns questionários de Serviços não elencados inicialmente foram anexados à observação, o que resultou na obtenção de um total de 66 questionários analisados.

Os dados foram tabulados e analisados pelo software EpiInfo (Versão 6.0), e os resultados considerados mais relevantes são citados a seguir:

I - Distribuição dos SAE por Unidades Federadas (UF):

> Dos 66 Serviços analisados, 29 (44%) são do Estado de São Paulo, 6 (9 %) são de Minas Gerais, 5 (7,6%) do Paraná, 4 (6 %) de Mato Grosso do Sul, 3 (4,5%) do Rio de Janeiro, 2 (3 %) do Rio Grande do Sul, 2 (3%) de Santa Catarina, 2 (3%) de Alagoas, 2 (3%) do Maranhão, 1 (1,5%) de Mato Grosso, 1(1,5%) do Espírito Santo, 1 (1,5%) do Amapá, 1 (1,5%) do Amazonas, 1 (1,5%) de Roraima, 1 (1,5%) do Pará, 1 (1,5%) do Ceará, 1

(1,5%) da Paraiba, 1 (1,5%) do Rio grande do Norte, 1 (1,5%) de Sergipe e 1 (1,5%) de Goiás.

II - Estrutura física e equipamentos.

Vinte e cinco (38,5%) Serviços estão anexados a estruturas de saúde de atendimento exclusivo para atendimento aos pacientes portadores do HIV/ aids (HD, ADT ou CTA).

Dezessete (26,2%) estão vinculados a um Ambulatório de Especialidades Médicas como Dermatologia Sanitária e Tuberculose.

Treze (20%) Serviços estão inseridos em um hospital e 8 (12,3%) estão vinculados a uma Unidade Básica de Saúde.

Quarenta e nove (75,4%) Serviços apresentam arquivos específicos para prontuários do SAE.

Quarenta e sete (72,3%) apresentam dependências destinadas às reuniões em equipes e 44 (69,8%), dependências reservadas a palestras e atividades educativas.

Em relação ao nº de consultórios médicos, observamos que este variou entre 1 a 17 (média de 4 e mediana de 3 consultórios) .

Quarenta e sete (72,3%) dos Serviços têm consultório ginecológico.

Cinquenta e sete (87,7%) apresentam em suas dependências, sala para atendimento psicológico e 50 (75%) apresentam sala para atendimento em assistência social.

Sessenta e um (96,8%) dos Serviços apresentam farmácia em suas dependências, entretanto, somente em 26 (42,6%) essas farmácias são exclusivas para a estocagem e dispensação de medicamentos da aids.

Quarenta e quatro (69,8%) dos Serviços apresentam uma dependência para palestras e atividades educativas.

Trinta e oito (59%) dos Serviços possuem computador e impressora, mas esses equipamentos são exclusivos para o SAE em somente 15 (23,8%). O acesso à Internet está assegurado em 12 (18,8 %) dos Serviços.

E, finalmente, 29 (45,3%) dos SAE têm um veículo disponível no auxílio as

suas atividades.

III - Equipe multidisciplinar e funcionamento:

O número de pacientes em acompanhamento nos SAE, ao mês, variou de 10 a 4000 (média de 618 e mediana de 330).

Quarenta e quatro (61,3%) dos Serviços apresentam 3 ou mais médicos em sua equipe.

Ao considerarmos as especialidades médicas, observamos que 42 (67,7 %) tem pelo menos 01 clínico geral, 39 (67,2%) tem pelo menos 01 infectologista e 35 (58,3%) tem pelo menos 01 ginecologista**.**

A média mensal de consultas médicas variou de 2 a 2300 consultas mês (média 402 e mediana de 250 consultas).

Em relação à enfermagem, 59 (93,7%) dos Serviços têm pelo menos 01 enfermeiro e 57 (93,3%) têm pelo menos 01 auxiliar de enfermagem. A média mensal de atendimentos de enfermagem variou de 2 a 4500 (média de 353 e mediana de 170 atendimentos).

Em relação ao atendimento psico-social, 56 (90,3%) têm psicólogos e 54 (81%) apresentam um assistente social. Em 12 (18%) Serviços este atendimento é oferecido durante 20 h semanais. Em 19 (28,7%) a assistência psico-social é ofertada durante 40 h na semana. A média mensal de atendimento psicológico variou de 2 a 400 consultas (média de 118 e mediana de 71 atendimentos).

O atendimento de assistentes sociais apresenta uma média mensal que varia de 2 a 1150 intervenções (média de 205 e mediana de 150 atendimentos).

Quarenta e um (68,3%) dos Serviços têm um farmacêutico na equipe.

A equipe multidisciplinar mínima (composta por infectologista ou clínico capacitado em DST/HIV e aids, enfermeiro, psicólogo e assistente social) está presente em 58 (87,9%) dos Serviços questionados.

Em 41 (62,1%) desses Serviços, a essa equipe multidisciplinar mínima, soma-se a presença permanente de um ginecologista.

Equipe muldisciplinar mínima, ginecologista e pediatra compõem o quadro

de profissionais em 30 (62,1%) SAE.

Cinquenta e dois (81,3%) dos Serviços apresentam um auxiliar administrativo, mas em somente em 26 (41,3%), estes funcionários são exclusivos para o SAE.

Quanto ao horário de funcionamento, verificou-se que 20 (30,8%) Serviços oferecem atendimento durante 60 h semanais. 26 (40,0%) oferecem atendimento durante 40h semanais e 15 (23,8%) funcionam em regime de 20 h semanais.

IV - Assistência às mulheres e crianças:

57 (90,5%) do Serviços oferecem atendimento ginecológico, entretanto, em 27 (42,2%) destes, este tipo de atendimento não é feito no local, mas de forma referenciada.

Quanto ao atendimento pediátrico, 36 (54,5%) dos Serviços prestam assistência à criança. Este atendimento é diário em 27 (40,9%) Serviços. Em 9 (13%) Serviços este atendimento está disponível de 1 a 3 vezes por semana.

17 (25,8%) não atendem crianças, porém referenciam o atendimento sem dificuldades.

13 (19,75) dos Serviços, não prestam assistência, nem referenciam o atendimento para crianças.

V - Assistência aos usuários de drogas ilícitas:

62 (96,9%) dos Serviços informam que prestam assistência a paciente sabidamente usuário de droga ilícita.

Quando questionados se poderiam ser considerados como referência para este tipo de atendimento, a resposta foi positiva em 40 (62,5%) dos Serviços.

VI- Capacidade laboratorial

Exames laboratoriais de rotina (hemograma, bioquímica etc.):

17 (25,8%) dos Serviços realizam estes exames rotineiramente no próprio local, e 29(43,9%) referenciam estes exames. De um modo geral, estes

exames são realizados sem dificuldades*.*

CD4 + e Carga Viral:

Onze (15,4%) Serviços realizam testes de CD4 e carga viral sem dificuldades, beneficiados pela complexidade do laboratório local (no próprio SAE , ou estrutura à qual esteja vinculado).

Cinquenta e cinco (84,6%) dos Serviços referenciam a realização destes testes para laboratórios credenciados da rede. Desses, 20 (30,8 %) referenciam e obtêm os resultados sem dificuldades, porém, 35 (53,5%) informam que têm dificuldades para fazê-lo.

Quando referenciados estes testes, em 39(63,9%) Serviços estes exames são realizados na mesma cidade do SAE. Em 18 (29,5%) pelo menos um destes exames são realizados em outra cidade da mesma UF, e 4 (4,9%) Serviços referenciam estes para outra UF.

Exames de imagem:

A realização de exames como RX e ultrassom é realizada sem dificuldades em 17 (26,2%) dos Serviços.

Entretanto, 37 (56,9%) relatam dificuldades na operacionalização destes exames, seja localmente ou quando referenciados.

Exames mais complexos como Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética, são difíceis de serem realizados em 41 (69,5%) dos Serviços.

VII - Dispensação de medicamentos e preservativos:

Cinquenta e nove (89,4%) dos Serviços armazenam e dispensam anti-retrovirais na farmácia do SAE.

Quarenta e oito (72,7%) dispensam além dos anti-retrovirais, outros medicamentos utilizados no tratamento dos pacientes portadores do HIV/aids, adquiridos pelo nível local.

Sessenta e um (93%) dos Serviços dispensam preservativos.

VIII - Capacitação técnica e gerencial:

Em relação à capacitação técnica do manuseio clínico dos pacientes, observamos que dos 66 Serviços elencados, 47 (72,3%) informaram apresentar pelo menos 01 médico capacitado através dos treinamentos ofertados pelo MS.

Pelo menos 1 enfermeiro de 45 (69,2%) Serviços foi capacitado para atendimento aos pacientes portadores do HIV/aids.

Trinta e seis (56,3%) e 33 (51,6%) correspondem, aos números de SAE nos quais os profissionais foram beneficiados, respectivamente por capacitação em psicologia e assistência social.

A capacitação gerencial dos Serviços, beneficiou a equipe mínima de 34 (54,8 %) dos Serviços.

Esta resposta foi mais significativa, 48 (77,4%) quando questionamos se pelo menos 01 profissional da equipe atual havia participado deste tipo de treinamento.

Quando questionados sobre a necessidade de ampliação da capacitação técnica dos profissionais, a resposta foi positiva em 60 (90,9%) dos Serviços.

IX - Recursos para implantação/implementação:

Trinta e sete (56 %) dos Serviços receberam recursos dos POA municipais. Desses, 23 informam ainda terem recebido recursos dos POA estaduais.

Dez (15%) informaram terem sido implementados/implantados exclusivamente via POA estadual.

Dezenove (29%) foram implantados sem o recebimento de recursos dos POA locais.

Quanto às expectativas futuras, 64(97%) dos Serviços informam sobre a necessidade de implementação e portanto, recebimento de recursos.

X - Relações inter-institucionais:

Cinquenta e nove (89%) Serviços informam manter uma boa integração com as coordenações estaduais . Desses, 43 citam interagirem-se também com as coordenações municipais.

6(9%) estão integrados somente com o município. Esta integração foi definida por recebimento de material informativo, recebimento e dispensação de medicamentos e preservativos

Discussão dos resultados .

Os resultados dessa 1ª análise de estrutura de SAE, em nível nacional, nos permitiu estabelecer uma linha de base sobre a estrutura e funcionamento de Serviços, que resulta de um processo de implantação descentralizado.

1- Os Serviços apresentam uma grande heterogeneidade quanto às suas dimensões físicas, uma importante diversificação no que diz respeito à inserção de sua estrutura nas Instituições de Saúde e uma capacidade operacional bastante variada.

Esses Serviços então analisados respondem, no que diz respeito à demanda assistencial , de maneira satisfatória à proposta inicialmente estabelecida de operacionalidade e resolutividade. Essa resposta operacional é mais significativa quando nos reportamos às atividades de responsabilidade dos Serviços. As limitações e dificuldades dos SAE se fazem crescentes quando as atividades são extrapoladas extra-muros, quando se fazem necessárias, portanto, as respostas da rede pública de saúde (referência e contra-referência).

2 - Contrariamente ao pressuposto de que todos os SAE apresentassem a equipe muldisciplinar mínima disponível, os dados nos comprovaram que em 12% dos Serviços essa equipe não está presente. Isto implica que 11 Serviços atualmente elencados deverão ser implementados no que diz respeito à disponibilização de recursos humanos para que possam, efetivamente, ser considerados como SAE. Por outro lado, a existência de Serviços que estejam prestando atendimento ginecológico e pediátrico (55%) denota que grande parte destes Serviços estão respondendo à crescente modificação do perfil epidemiológico .

A assistência a usuários de drogas prestada por 96,9% dos Serviços denota o esforço das equipes ao responderem pela assistência a esta população com características comportamentais tão particulares. A leitura das observações inseridas nos questionários nos conduz à conclusão da grande necessidade do treinamento de profissionais no manuseio destes pacientes.

O atendimento odontológico, ainda que não questionado no formulário, foi

mencionado ser realizado, em nível local, em 25% dos Serviços.

3 - De um modo geral, os Serviços apresentam uma boa resolutividade diagnóstico-laboratorial no que diz respeito aos exames menos complexos. À exemplo das dificuldades da rede pública na realização de exames complementares de média e alta complexidade, os SAE apresentam grandes dificuldades para estabelecer mecanismos de referência e contra-referência para realização dos mesmos.

De maior interesse são os dados obtidos a respeito da operacionalização dos testes para monitoramento da terapia anti-retroviral. De um modo geral, os exames de CD4+ e carga viral são realizados com dificuldades por 54% dos Serviços questionados, indicando que essa rede laboratorial necessita ser implementada. Cumpre salientar, que essa análise foi efetuada durante o período inicial do processo de implantação/expansão dessa rede pelo MS. A ampliação da rede (aumento de equipamentos e testes laboratoriais) e a descentralização gradativa, irão, provavelmente, propiciar uma maior disponibilidade de exames na rede.

4- Os Serviços, têm de um modo geral correspondido às expectativas de se constituírem em referência para disponibilização de anti-retrovirais (89,4%) e preservativos (93,8%). Outros medicamentos necessários ao tratamento, porém assegurados pela contrapartida local, são disponibilizados em 73% dos Serviços.

5 - Em relação à capacitação das equipes verificamos, à despeito da significante rotatividade dos profissionais nos Serviços públicos, resultados satisfatórios da estratégia de capacitação de recursos humanos do MS (Centros de Referência e Universidades). Esses resultados serão provavelmente mais consistentes no futuro, quando aos critérios de seleção para participação nesse treinamentos estará vinculada a necessidade dos profissionais candidatos de comporem as equipes dos Serviços das Alternativas Assistenciais.

6 - Em relação ao recebimento de recursos, obtivemos informações que se opuseram às préviamente coletadas através de supervisões técnicas. Apenas 29% informam terem sido estruturados sem o repasse de recursos específicos do MS. Provavelmente, através de iniciativas pessoais/institucionais que atuaram de maneira importante nesse processo. De um modo geral, estados e municípios apresentaram contribuições equitativas no que diz respeito à responsabilização no repasse de recursos para implantação desses Serviços. Entretanto, o questionário não nos forneceu dados a respeito do quantitativo dos recursos/ equipamentos recebidos, o que comprometeu nossa análise.

7- Existe um desejo expresso (80%) de maior integração destes Serviços com as coordenações locais. Essa integração se traduz pelo recebimento de

informações, material educativo, catálogos de treinamentos e aprimoramento na logística de dispensação de medicamentos e preservativos.

Conclusões:

A partir desses dados, pode-se observar que os SAE implantados estão cumprindo o seu papel de oferecer ao paciente portador do HIV/aids , uma assistência diferenciada. Dados adicionais obtidos a partir de uma pesquisa qualitativa, a serem publicados em um futuro próximo, confirmaram essa diferenciação.

No que se refere ao processo gerencial, pode-se concluir que o mesmo foi satisfatório. Entretanto, a correção das distorções identificadas deverão ocorrer e serão possíveis através da incorporação pelo nível local, coordenações estaduais e municipais, da sistemática da implantação de Serviços, mediante aprovação de projetos específicos com as instituições. Desta forma, o MS estará retornando, nos próximos anos, à prática da descentralização na implantação de SAE. Esse processo será, entretanto, subsidiado pelo aprendizado adquirido em níveis central e locais e, provavelmente, obterá resultados mais positivos.

Os SAE e seus novos papéis.

A concepção inicial dos SAE estabeleceu que os Serviços deveriam:

- Oferecer atendimento através de equipe multidisciplinar mínima: com médico infectologista , ou generalista capacitado técnicamente em aids, enfermeiro, psícólogo e assistente social.

Além desses, os Serviços deveriam apresentar em seu quadro de profissionais:

- Farmacêuticos devidamente treinados na logística de armazenagem, dispensação de medicamentos.

- Ginecologistas, em nível local, treinados para o manuseio clínico de mulheres portadoras do HIV/aids.

- Pediatras, em nível local, treinados para o manuseio clínico de crianças infectadas ou expostas ao HIV;

    - Oferecer atendimento odontológico em nível local, ou referenciar de maneira formal, e
    - Constituir mecanismos formais de referência e contra-referência para outras especialidades médicas.

Considerando os desdobramentos e consequências da adoção da disponibilização universal da terapia anti-retroviral; a obtenção de resultados de avaliações qualitativas de SAE recentemente realizadas (a serem publicados); aos conhecimentos gerenciais adquiridos nesse processo e, ao novo enfoque de monitoramento e avaliação na condução da política de controle e prevenção das DST e Aids no Brasil; faz-se necessária a adoção de novas práticas/atividades nos SAE, para que os mesmos possam, através dessa adequação permanecer, efetivamente, como Serviços de Referência.

Desta forma, no que diz respeito ao papel dos SAE novas diretrizes estão sendo estabelecidas, e deverão ser gradativamente incorporadas pelos Serviços. Os SAE deverão instituir práticas e mecanismos para aumento da adesão à terapia anti-retroviral; deverão priorizar a atenção à co-infeccão HIV/TB, exercitando práticas para contrôle da co-infecção e aumento da adesão do paciente às terapias; deverão constituírem-se, oficialmente, em unidades dispensadoras de medicamentos utilizando o Sistema de Contrôle Logístico de Medicamentos (SICLOM)deverão desenvolver instrumentos de monitoramento e avaliação dos Serviços a serem aplicados em rotina pré-estabelecida, objetivando estabelecer transparência sobre a produtividade e obter subsídios para legitimar o desempenho do Serviço no contexto de saúde pública local.

Serviços que participaram do estudo:

Centro de Dermatologia Sanitária-Macapá/AP

Instituto de Medicina Tropical-Manaus(AM)

Unidade Saúde Telégrafo-Belém(PA)

Hosp Coronel Mota-Boa Vista (RR)

PAM Salgadinho-Maceió(AL)

Hosp de Doenças Tropicais D. Constança de Góes Monteiro-Maceió(AL)

Hosp São José- Fortaleza(CE)

Centro de Saúde Bairro de Fátima-São Luiz(MA)

Centro de Saúde Três Poderes-Imperatiz(MA)

Hosp. Dr Clementino Fraga-João Pessoa(PB)

Centro de Saúde de Ponta Negra-Natal(RN)

Policlínica Dr Aristóteles Augusto-Aracaju(SE)

Ambulatório Geral-Anápolis(GO)

Centro Médico Especial- Aquidauana(MS)

Posto de Saúde João de Brito-Corumbá(MS)

Posto de Atendimento Médico-Dourados(MS)

SAE-Três Lagoas(MS)

Centro de Saúde Jardim Guanabara-Rondonópolis(MT)

Centro de Referência em DST/AIDS-Vitória (ES)

DIP - Orestes Diniz-B. Horizonte(MG)

Hosp Eduardo de Menezes-B. Horizonte(MG)

Hosp da Baleia- B. Horizonte(MG)

SAE-Juiz de Fora(MG)

Centro de Saúde Dr Euphrásio Rodrigues-Patos de Minas(MG)

SAE-Poços de Caldas(MG)

Centro de Saúde Dr. Vasco Barcellos-N. Iguaçu(RJ)

Hosp Nelson de Sá - Serviço de DIP-Petrópolis(RJ)

Hosp Raphael de Paula Souza-RJ(RJ)

Serviço de Moléstias Infecciosas-Bauru (SP)

Ambulatório de Moléstias Infecciosas-Jundiaí(SP)

Hosp das Clínicas-Rib Preto(SP)

Unidade Básica de Saúde Central-Rib Preto(SP)

Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos Machado-Rib Preto(SP)

Unidade de Saúde Vila Guiomar -Rib Preto(SP)

Clínica Municipal de Especialidades Médicas- S. Bernardo do Campo(SP)

Unidade de Especialidades em Saúde-S José dos Campos(SP)

Ambulatório Municipal de DST/AIDS-S. José do Rio Preto(SP)

Casa da AIDS-SP(SP)

Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS-SP(SP)

CR DST/AIDS Cidade Líder II-SP(SP)

CR DST/AIDS Fidélis Ribeiro-SP(SP)

CR DST/AIDS Vila Guarani-SP(SP)

CR DST/AIDS Campos Elíseos-SP(SP)

CR DST/AIDS Cidade Dutra-SP(SP)

CR DST/AIDS Ipiranga-SP(SP)

CR DST/AIDS Jabaquara-SP(SP)

CR DST/AIDS Vila Prudente-SP(SP)

CR DST/AIDS Santo Amaro-SP(SP)

CR DST/AIDS Butantã-SP(SP)

CR DST/AIDS Lapa-SP(SP)

CR DST/AIDS Jardim Mitsutani-SP(SP)

CR DST/AIDS Nossa Senhora do Ó-SP(SP)

CR DST/AIDS Santana-SP(SP)

CR DST/AIDS Sapopemba-SP(SP)

Instituto de Infectologia Emílio Ribas-SP(SP)

Conjunto Hospitalar de Sorocaba-(SP)

Unidade Integrada de Saúde de Taubaté-(SP)

Ambulatório de DST/AIDS-Apucarana(PR)

SAE-Cascavel(PR)

Ambulatório de Infectologia-Curitiba (PR)

Centro de Referência em DST/Aids-Londrina(PR)

Centro Regional de Especialidades –Maringá(PR)

Hosp Nereu Ramos-Florianópolis(SC)

CODIM-Itajaí (SC)

Posto de Atendimento Médico nº 3-P. Alegre(RS)

Hosp. Nossa Senhora da Conceição-P. Alegre(RS)

O Monitoramento dos Projetos de ADT

Introdução:

Em 1995, o Ministério da Saúde deu início ao Programa de Alternativas Assistenciais à aids. Nesse contexto, projetos de Assistência Domiciliar Terapêutica passaram a ser financiados. A inexistente normatização que regulamentasse os parâmetros de funcionamento desses Serviços de ADT, propiciou o desenvolvimento das atividades assistenciais com perfis próprios de resolubilidade terapêutica.

Questões:

Vários são os questionamentos referentes a esses projetos de ADT: a inserção das equipes nas instituições de saúde, suas principais dificuldades e o perfil clínico e sócio-econômico dos beneficiários desse tipo de atendimento.

Objetivo:

Definir o perfil clínico e sócio-econômico dos pacientes portadores do HIV/aids, assistidos por Projetos de ADT implantados pelo Ministério da Saúde.

Metodologia:

Um questionário, contendo questões relacionadas ao perfil clínico e sócio-econômico dos pacientes, foi elaborado e enviado aos Serviços de ADT implantados a partir de 1995. Esse questionário deveria ser preenchido na admissão e na alta do Serviço.

Resultados:

De Janeiro de 1997 a junho de 1998, a CN DST/Aids recebeu e analisou 358 questionários, respectivamente de 16 Serviços de ADT.

Os resultados são ilustrados e comentados nas tabelas e gráficos a seguir.

Conclusão:

Essa primeira análise dos Projetos de ADT em nível nacional, forneceu elementos de grande importância para caracterização da população beneficária e subsídios para a adequação normativa dessa modalidade Assistencial no âmbito do SUS.

Tabela I: Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) participantes do monitoramento e número de pacientes avaliados.

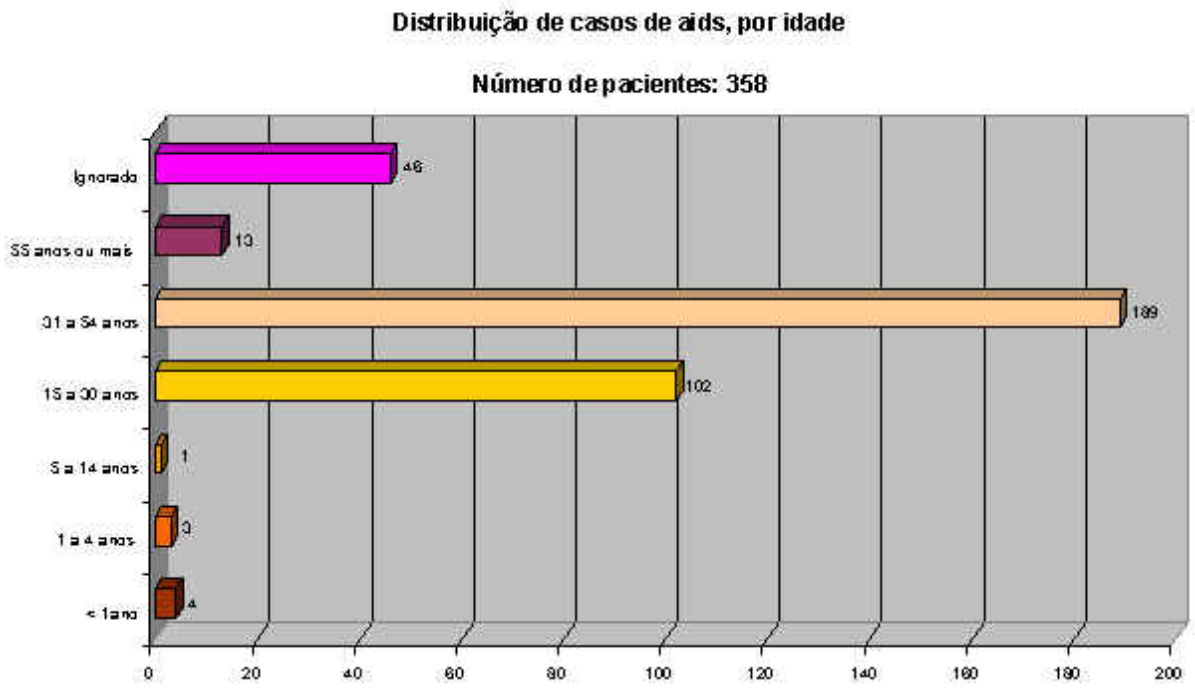
Brasil. 1997 - junho/1998.

Serviços de ADT	Nº de pacientes
Secretaria Municipal de Porto Alegre (RS)	90
Hospital Eduardo de Menezes- Belo Horizonte (MG)	54
Secretaria Municipal de Saúde de Bauru (SP)	40
Hospital das Clínicas de Recife (PE)	30
Hospital Rafael de Paula e Souza- Rio de Janeiro (RJ)	25

Hospital São José- Florianópolis (SC)	24
Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente (SP)	24
Centro de Referência em aids Santana- São Paulo (SP)	15
Hospital de Doenças Tropicais- Terezina (PI)	12
Centro de Referência e Treinamento - São Paulo (SP)	10
Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes-Vitória(ES)	10
Secretaria Municipal de Saúde de Limeira (SP)	7
Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP)	6
Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (PB)	4
Centro de Convivência Cazuza- Betim (MG)	4
Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro (RJ)	3
TOTAL	**358**

FONTE: CN DST/AIDS





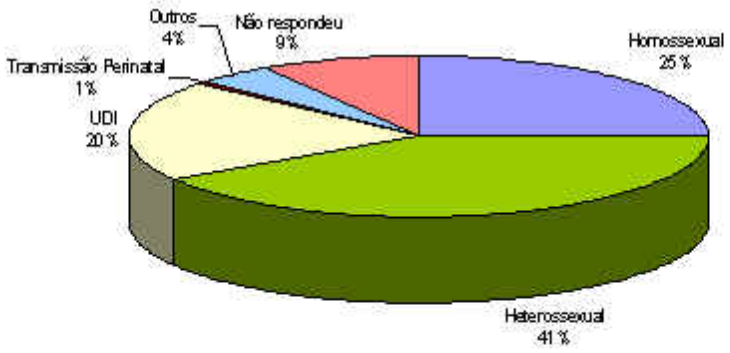
Comentários

Em relação às variáveis sexo e idade a amostra de pacientes, admitidos nos Serviços de ADT, observamos o predomínio de pacientes masculinos, e a faixa etária de 15 a 54 anos.



Distribuição dos casos de aids, segundo categoria de exposição

Número de pacientes: 358



Comentários

A maioria dos pacientes, apresenta pouca ou nenhuma escolaridade. Segundo grau completo e nível superior correspondem, entretanto, a um percentual significativo na amostra. Esses dados são corroborados, ao analisarmos tabela referente à ocupação.

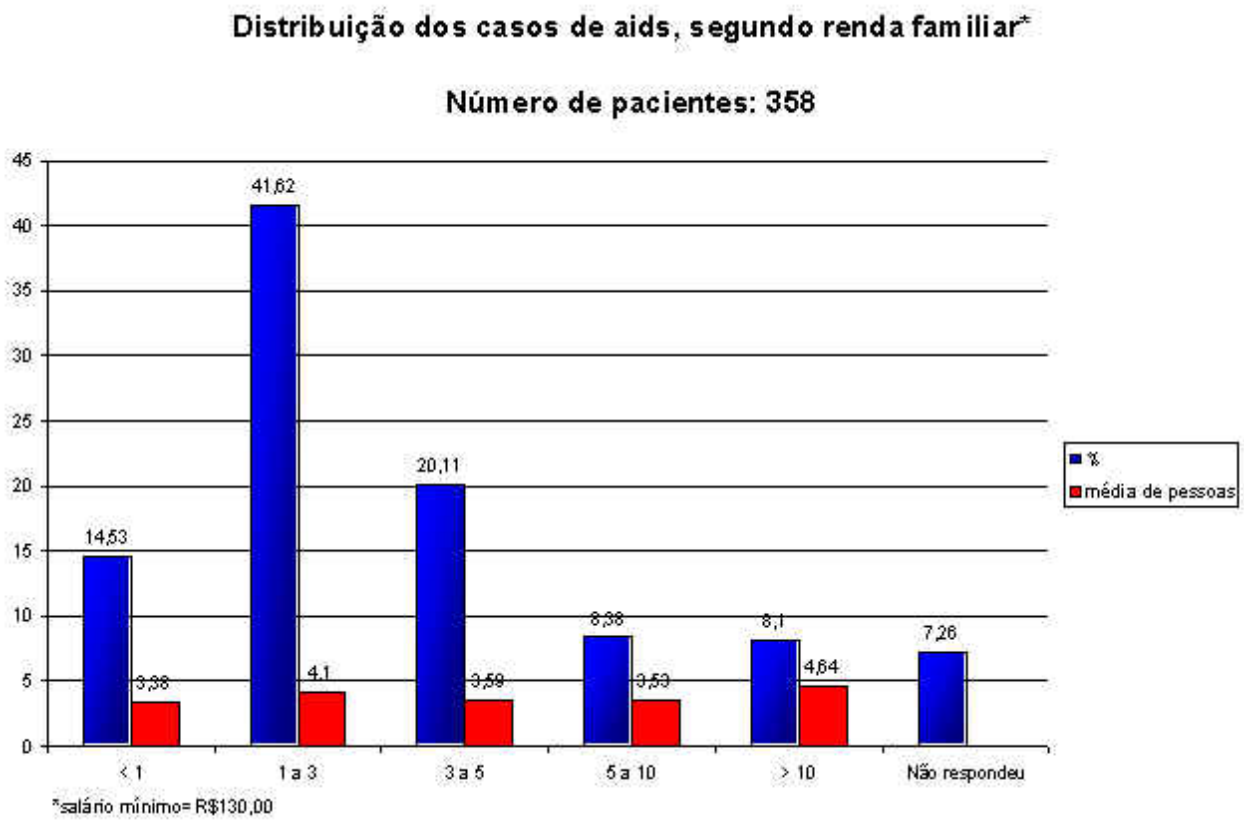
Observamos na amostra o predomínio da categoria de exposição heterossexual. A assistência prestada à crianças expostas verticalmente, ainda que numéricamente inexpressiva, caracteriza novos papéis a serem desempenhados por profissionais de equipes de ADT.

Tabela II: Distribuição percentual de casos de aids, segundo ocupação. Monitoramento ADT- Brasil. 1997- junho/1998.

OCUPAÇÃO	%
Classe 1- Trabalhadores das profissões científicas , técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados: 5 Farmacêutico (1), Economista(1), Advogado (1), Assistente Social (1), Bibliotecária (1)	1,4
Classe 2- Membros dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, Servidores Civis e Militares: 3 Agente Administrativo (2), Militar em geral (1)	0,8
Classe 3- Trabalhadores administradores e assemelhados : 48 Administrador (1), Agente contábil (6), Auxiliar de Escritório (4), Bancário (5), Outros (Funcionário Público) (3), professores (5), Técnicos de Contabilidade e Estatística (5), Outros técnicos (6), Músicos (4) Coreógrafos e bailarinos (2), estivadores (3), Artesão e artista plástico (4)	13,4
Classe 4-Trabalhadores do Comércio e assemelhados: 44 Industrial (2)Representante comercial (1), Comerciante (25), vendedores (16)	12,3

Classe 5- Trabalhadores de Serviços e Assemelhados : 95 Porteiro(3), Cozinheiro (10), Garçom(5) , Motorista (8), Empregado doméstico(22), Janeleiro (1), Lancheira (1), Lanterneiro (1), Lavador de carros (1), Outros (43)	26,5
Classe 6- Trabalhadores Agrícolas, da Pecuária , Florestais e assemelhados: 4 Lavrador (4)	1,1
Classe 7- Trabalhadores da produção industrial : 18 Eletricista (7) , Metalúrgico (2) , Trabalhador da Construção Civil (9)	5,0
Classe 9- Declarantes não especificados nas classes anteriores: 30 Aposentados (13), Estudantes (7), Outros (10)	8,4
Desempregado: 9	2,5
Do lar : 23	6,4
Não possui: 16	4,5
Não respondeu: 63	17,6
TOTAL	**100**

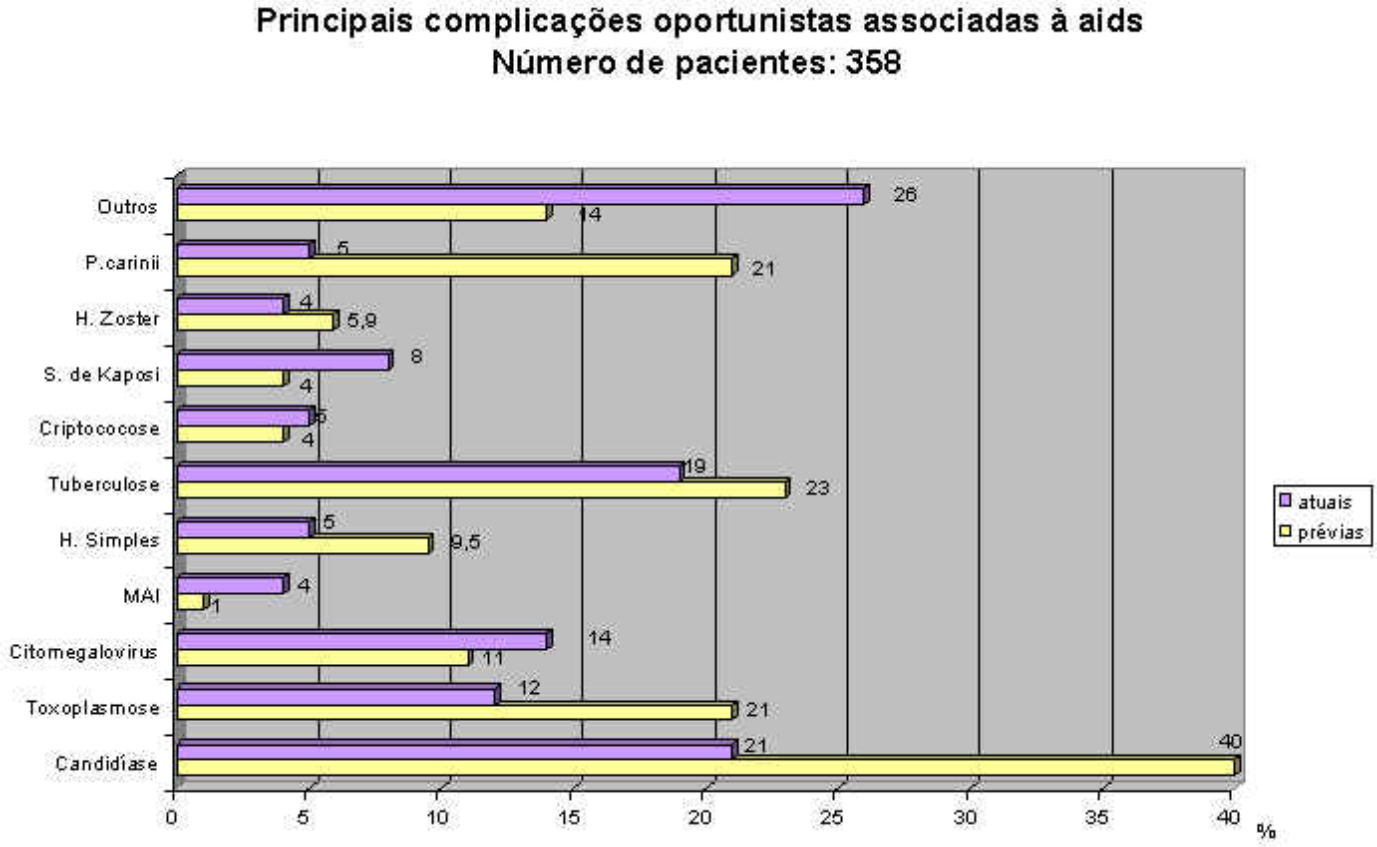
FONTE: CN DST/AIDS



Comentários

Esses dados denotam a precariedade econômica dos pacientes beneficiados pela assistência domiciliar. A maioria desses pacientes, tem para seu sustento uma renda familiar que compreende um a três salários mínimos. Cumpre salientar que uma média de quatro pessoas são incluídas nesse orçamento. A situação se agrava ao notarmos que no extremo de nossos parâmetros, onde o paciente tem para seu sustento renda familiar inferior a um salário, uma média de três pessoas sobrevivem com tal renda.

Esses dados nos permitem inferir sobre as grandes dificuldades das equipes quanto à abordagem do paciente (condições de moradia, acesso ao domicílio e etc). Entretanto, pacientes diferenciados economicamente também recebem esse tipo de atendimento.



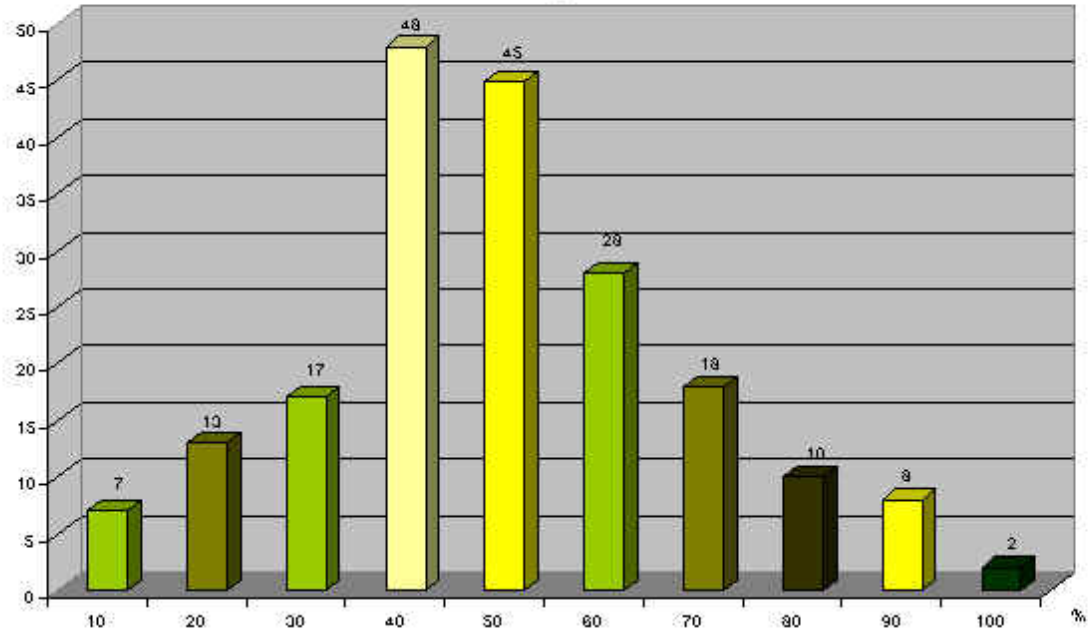


Comentários:

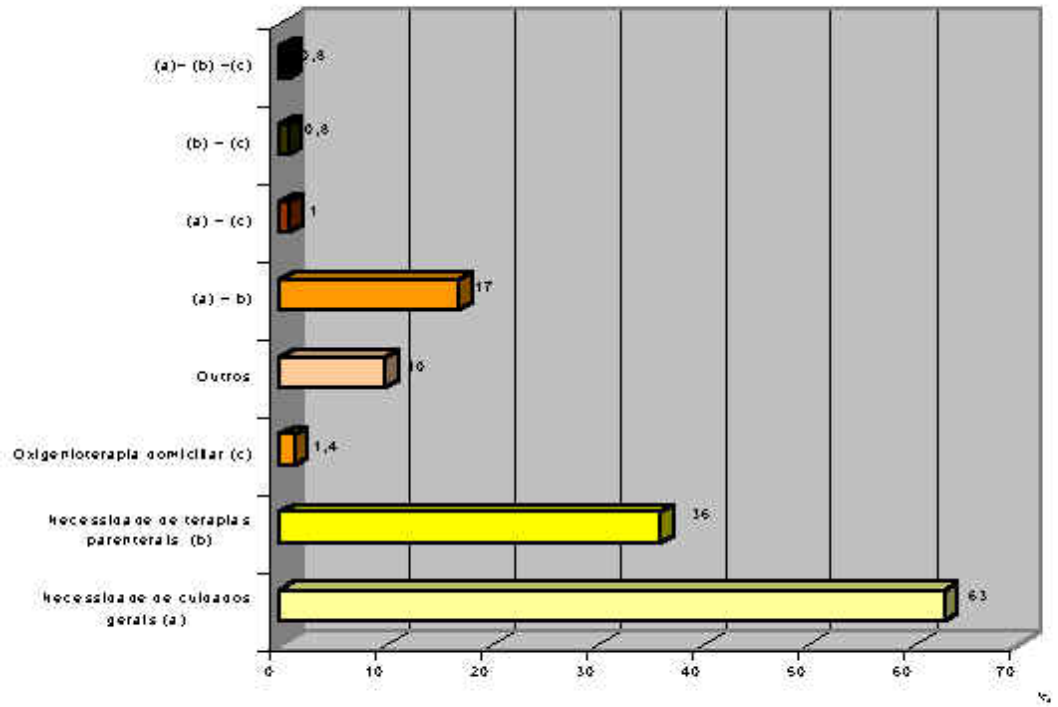
A frequência das principais patologias não difere daquela encontrada na população de pacientes com aids em geral. No que diz respeito à utilização da terapia anti-retroviral, o percentual significativo de pacientes sem tratamento evoca, no primeiro momento, que sejam pacientes em fim de vida e, portanto, que recebem apenas terapia de suporte.

Distribuição segundo capacidade funcional*

Número de pacientes: 196



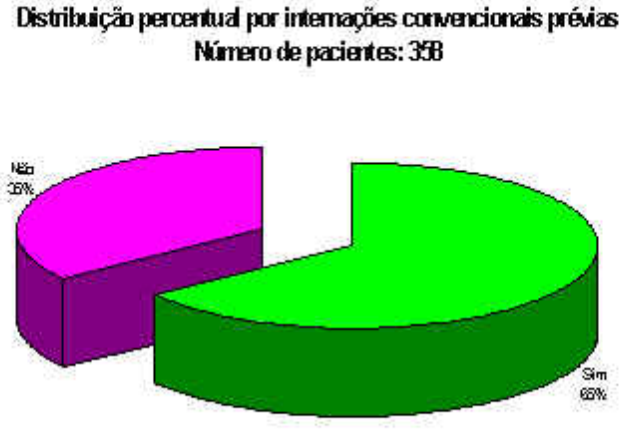
Distribuição percentual segundo motivos de admissão nos Serviços
Número de pacientes: 358



Comentários:

Em relação à capacidade funcional, os pacientes foram classificados segundo o Índice de Karnofsky. Os resultados encontrados apontam o importante grau de incapacitação física desses pacientes. Por outro lado, o segundo gráfico confirma esse achado uma vez que a necessidade de cuidados gerais de suporte corresponde à maior causa de admissão nos Serviços de ADT.



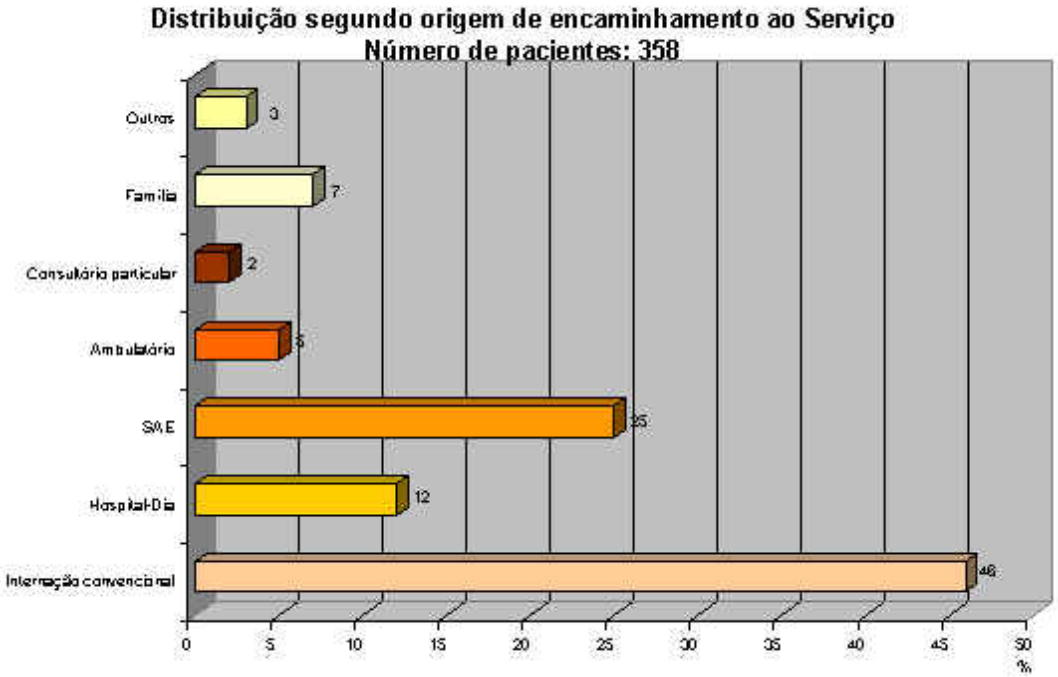




Comentários:

Grande parte dos pacientes analisados na amostra estavam sendo admitidos pela primeira vez na ADT. Entretanto, uma parcela significativa, compreende os pacientes que, naquele ano, estavam sendo readmitidos no Serviço pela segunda ou terceira vez.

Nessa amostra predominou grupo de pacientes que, naquele ano, já havia apresentado uma internação convencional. Desses pacientes, um percentual significante (36%) já havia sido internado mais de duas vezes. Provavelmente, a ADT estaria substituindo uma hospitalização adicional para esses pacientes.

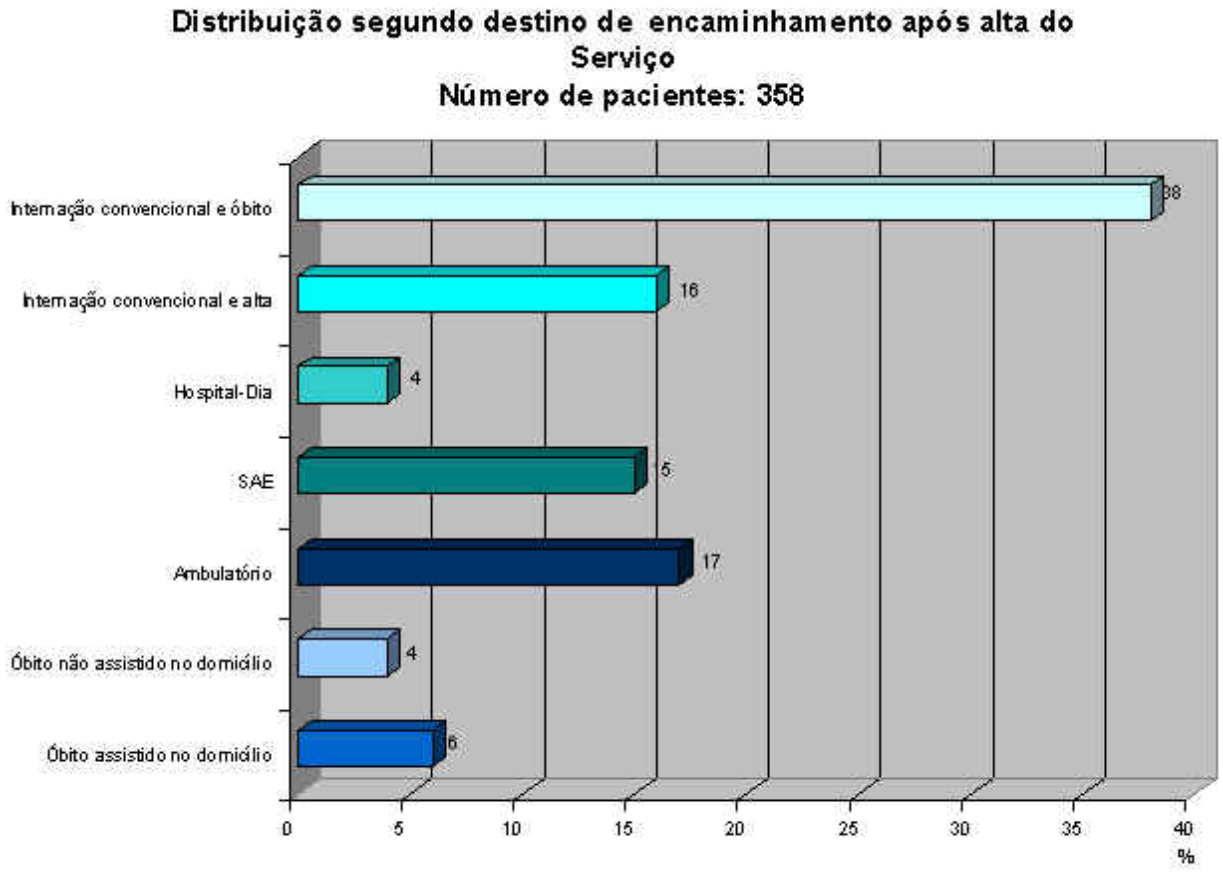


Comentários:

Os gráficos a seguir buscam dar respostas às questões de inserção da ADT na rede pública, ao participar do estabelecimento de sistemas de referência e contra-referência.

Os dados comprovam que grande parte dos pacientes são encaminhados à ADT após uma hospitalização. Desta forma, e por elementos anteriormente mencionados, confirmamos o importante papel desempenhado pelo Serviço, ao oferecer uma alternativa às internações de longa duração.

A segunda forma predominante de encaminhamento à ADT, a partir dos SAE, constituiu-se em elemento inesperado. Conforme nossas expectativas, os Hospitais-Dia ocupariam essa posição. Um hipótese inicial seria a de que profissionais do SAE estariam encaminhando esses pacientes à ADT, com necessidades de assistência complexa, mas confiantes da resolubilidade do Serviço. Outras investigações seriam necessárias para explicar o achado.

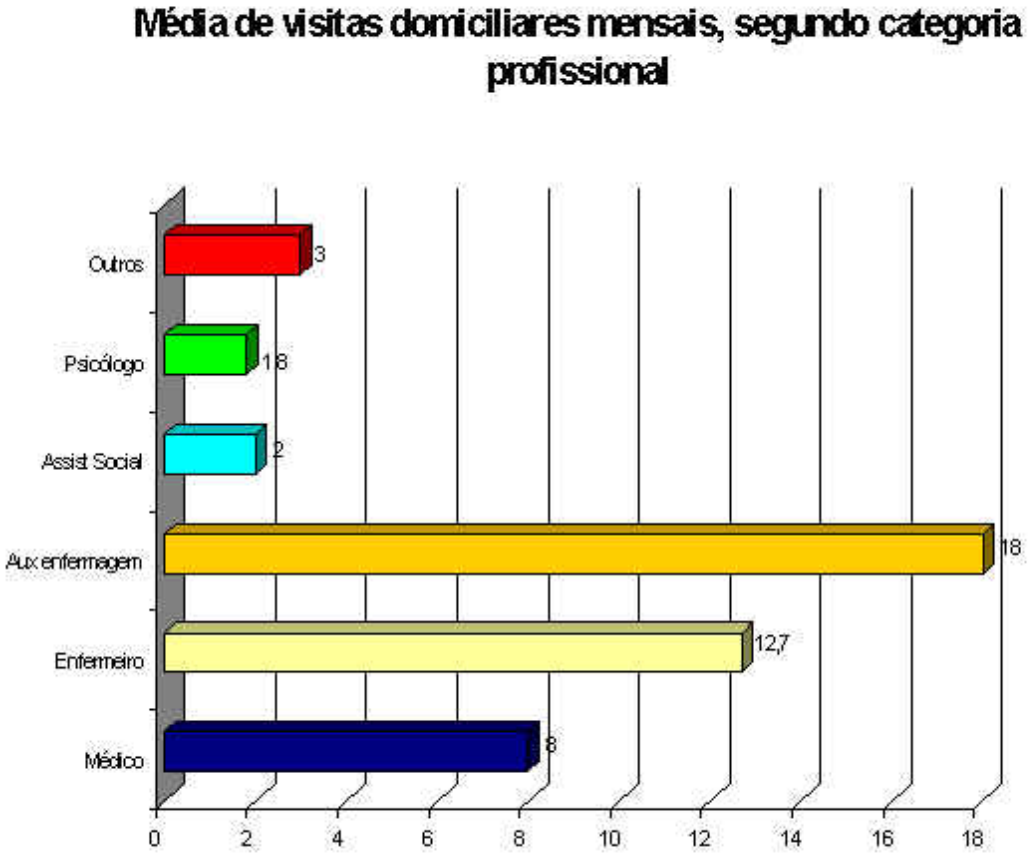


Comentários:

No momento da alta do Serviço de ADT, a maioria dos encaminhamentos dos Serviços foi para o hospital convencional. Desses, grande parte dos pacientes vieram a óbito no hospital, e uma outra parcela, após uma internação hospitalar recuperaram-se e receberam alta

O segundo maior encaminhamento ocorreu para o nível ambulatorial, revelando que o Serviço de ADT reabilitou um quantitativo significante de pacientes, os quais tornaram-se aptos a serem, novamente, acompanhados nos ambulatórios (e SAE). O óbito de pacientes no domícilio, correspondeu a um percentual menor que o esperado. Esse resultado foi, provavelmente, viesado pelo fato de que na amostra houve um predomínio de pacientes da ADT de Porto Alegre (RS), onde o óbito no domicílio é conduzido pela equipe com uma pequena frequência.

A média de permanência no Serviço de ADT foi de 55 dias, com um intervalo de 1 a 370 dias.



Comentários:

Observamos um predomínio de visitas domiciliares mensais realizadas por auxiliares de enfermagem e enfermeiros. Esse dado confirma as evidências anteriores: os pacientes em regime de ADT são, em sua maior parte, aqueles que necessitam de cuidados gerais e que são efetuados por essa categoria profissional.

Os médicos, apresentaram uma média de duas visitas semanais, enquanto a esperada era a de três.

A média observada, de visitas mensais de psicólogos e assistentes sociais foi bastante inferior à esperada. O que sugere uma provável deficiência dessas categorias no quadro de profissionais dessas equipes.