

Sistema de Avaliação Qualiaids



**Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem
adultos vivendo com HIV/Aids no Brasil**

Relatório da Aplicação de 2010 e Comparação com o resultado de 2007

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

**Equipe de Pesquisa Qualiaids, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de
Medicina, Universidade de São Paulo**

São Paulo, Dezembro, 2011

Autores:

Da Equipe Qualiaids

Maria Ines Battistella Nemes¹

Joselita Maria de Magalhães Caraciolo^{1,2}

Maria Altenfelder Santos¹

Ana Maroso Alves¹

Chizuru Minami Yokaichiya¹

Rogério Ruscitto do Prado¹

Felipe Campos Vale¹

Rachel Baccarini¹

Erika Valeska Rossetto¹

Cáritas Relva Basso^{1,2}

Colaboradores:

Da Equipe Qualiaids:

Elen Rose Lodeiro Castanheira³

Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves⁴

Regina Melchior⁵

Wânia E.S Carvalho¹

Do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Juliana Uesono

Antonio Ramos de Carvalho

Ana Roberta Pati Pascom

Artur Iuri Alves de Sousa

Juliana Monteiro da Cruz

Renato Girade

Ronaldo Hallal

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva

² Coordenação Estadual de DST e Aids de São Paulo, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids

³ Faculdade de Medicina, UNESP

⁴ Instituto de Saúde Coletiva, UFMA

⁵ Departamento de Saúde Coletiva, UEL.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVO.....	6
3. MÉTODOS	6
3.1. O questionário.....	6
3.2. O universo estudado	7
3.3. Análises.....	8
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DA AVALIAÇÃO QUALIAIDS DO ANO DE 2010.....	9
4.1. Perfil dos serviços.....	9
4.2. Caracterização dos serviços segundo as dimensões da qualidade.....	13
4.2.1. Disponibilidade de recursos.....	13
4.2.2. Organização da assistência.....	20
4.2.3. Gerenciamento técnico do trabalho.....	30
4.3. Avaliação da qualidade dos serviços	40
5. COMPARAÇÃO ENTRE RESULTADOS DAS APLICAÇÕES DO QUALIAIDS DE 2007 E 2010	48
5.1. Comparação da avaliação no universo respondente em 2007 e em 2010	48
5.1.1. Perfil dos serviços	49
5.1.2. Características dos serviços segundo as dimensões avaliadas.....	51
5.1.2.1. Disponibilidade de recursos	51
5.1.2.2. Organização da assistência	54
5.1.2.3. Gerenciamento técnico do trabalho	61
5.2. Comparação da qualidade em 2007 e em 2010 para os serviços que responderam ao questionário nos dois anos	66
6. CONCLUSÕES	68

1. INTRODUÇÃO

Nesta última década o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (D-DST/AIDS/HV) tem investido na formulação e implementação de uma política nacional de monitoramento e avaliação (M&A). Na área assistencial o D-DST/AIDS/HV implantou no país, no ano de 2007, o Sistema de Avaliação Qualiaids que avalia a qualidade dos serviços do SUS que assistem pessoas vivendo com HIV em nível ambulatorial. Atualmente a Avaliação Qualiaids é uma das fontes de informação utilizadas pelo Monitoraids, Sistema de Monitoramento de Indicadores do D-DST/AIDS/HV que objetiva fornecer informações que possibilitem o acompanhamento da resposta brasileira para a epidemia de aids e de outras DST.

O questionário utilizado na avaliação qualiaids foi construído, testado e validado entre 2001 e 2002 pela Equipe Qualiaids⁶ e tem sido utilizado desde então como ferramenta de gestão pelo D-DST/AIDS/HV. No ano de 2006 passou por processo de revisão, atualização e adaptação para uso eletrônico via web, tendo sido desenvolvido o Sistema Qualiaids. Este sistema é composto pelo Questionário e Guia de Boas Práticas Qualiaids. O questionário é auto-aplicável e consta de 107 questões que avaliam a qualidade dos serviços segundo três dimensões: organização da assistência, gerenciamento técnico do trabalho e disponibilidade de recursos. O guia está acoplado ao questionário e consiste em um conjunto de recomendações de boas práticas referentes às dimensões da qualidade abordadas no instrumento. Cada questão do questionário recebe uma pontuação (0, 1 ou 2) e ao final do preenchimento o sistema informa o desempenho obtido pelo serviço, expresso em porcentagem em relação ao “padrão ouro” (por exemplo, 90% do padrão ouro). Além disto, o sistema emite um relatório com as pontuações recebidas

⁶ Sediada no Departamento de Medicina Preventiva da FM-USP, coordenada pela Prof. Dr^a Maria Ines B. Nemes, a Equipe Qualiaids reúne técnicos de várias formações profissionais: professores da Universidade de São Paulo, Universidade Estadual Paulista, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Estadual de Londrina e Universidade Federal do Mato Grosso; Técnicos do Programa Estadual de DST e Aids de São Paulo, Técnicos do Departamento DST, Aids e Hepatites Virais e alunos de pós-graduação.

em cada questão, com um link para que as recomendações de boas práticas relativas a cada uma delas possam ser consultadas no Guia de Boas Práticas Qualiaids.

A primeira Avaliação Qualiaids, realizada no ano de 2002, foi conduzida em sete estados e respondida por 95,8% dos serviços (322 unidades). A segunda foi conduzida em 2007 e contou com a adesão de aproximadamente 80% serviços do país (504 unidades)⁷

Esta é a terceira Avaliação Nacional da Qualidade dos Serviços que Acompanham Ambulatorialmente as Pessoas Vivendo com HIV. Foi aplicada no ano de 2010 e contou com a participação de 92,6% (659) dos ambulatórios do país. Este relatório discute os principais resultados obtidos nesta avaliação e apresenta uma análise comparativa do desempenho dos serviços nas avaliações de 2007 e 2010.

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/Aids: Qualiaids - Relatório 2007/2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids/Relat%F3rio_Qualiaids_2008_PDF.pdf. Último acesso em: 26/09/11.

2. OBJETIVO

Avaliar a qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem pessoas vivendo com HIV no Brasil.

3. MÉTODOS

A avaliação qualiaids do ano de 2010 foi conduzida no período de 1º de outubro a 15 de dezembro, por meio de inquérito online respondido pelos serviços ambulatoriais do SUS que acompanham pessoas vivendo com HIV no país.

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais solicitou às 27 Coordenações Estaduais do Programa que cadastrassem no sistema qualiaids todos os ambulatórios que realizavam o acompanhamento de adultos vivendo com HIV em seus respectivos estados. O cadastro foi realizado nos meses de julho a agosto. Posteriormente, o D-DST/AIDS/HV enviou aos serviços o login e as senhas de acesso gerados pelo sistema, garantindo o sigilo de suas respostas ao questionário. Todos foram convidados pelo D-DST/AIDS/HV para participar da avaliação e cada estado empenhou esforços para estimular a adesão das unidades. Para responder ao questionário cada serviço acessou o link da avaliação no site do Departamento⁸ e utilizou o login e senha recebidos.

3.1. O questionário

O questionário foi testado e validado em estudos realizados previamente em 27 serviços de diferentes perfis (Nemes et al., 2004). O instrumento já havia sido aplicado em 2001, durante pesquisa em 7 estados brasileiros.^{9 10}

⁸ Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids/default.asp>

⁹ MELCHIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 40, n. 1, p. 143-151, 2006.

O questionário qualiaids eletrônico é composto por 107 questões estruturadas, de múltipla escolha que foram respondidas pelo gerente e/ou equipe do serviço de saúde local. As questões abordam características gerais do serviço, a disponibilidade de recursos humanos e materiais, a organização e gerência de todas as etapas da assistência ao usuário. Oito questões apenas caracterizam o serviço (questões descritivas) e 99 geram variáveis que classificam o serviço segundo grau de qualidade (questões pontuadas).

As respostas foram classificadas em 3 níveis crescentes de qualidade: 0, 1 e 2, sendo que a pontuação 2 representa a melhor qualidade esperada. Deste modo, um serviço de “padrão ouro” obtém média 2.

3.2. O universo estudado

As coordenações estaduais dos 27 Estados brasileiros cadastraram 712 serviços de atendimento ambulatorial de adultos vivendo com HIV. Todos foram convidados pelo D-DST/AIDS/HV a preencher o questionário online. O inquérito foi realizado entre 1º de outubro e 15 de dezembro de 2010 e **659 serviços (92,6%)** atenderam ao convite e acessaram o sistema respondendo a pelo menos uma questão do questionário. Este universo foi utilizado para descrever o perfil dos ambulatórios quanto aos aspectos investigados pelo questionário.

Para proceder à avaliação da qualidade foram considerados apenas os questionários daqueles serviços que responderam a pelo menos 90% das questões pontuadas. Ao final **641 (97,3%)** serviços compuseram a amostra da análise da qualidade.

Na comparação entre as aplicações de 2007 e 2010 a descrição do perfil e caracterização dos serviços considerou o universo dos respondentes em 2007 (**504**) e em 2010 (**659**). A análise comparativa da qualidade foi realizada apenas nos serviços que responderam ao questionário nos dois períodos, totalizando **419** unidades.

¹⁰ NEMES, M. I. B. et al. The variability and predictors of quality of AIDS care services in Brazil. BMC Health Services Research, v. 9, p. 51, 2009.

3.3. Análises

Foram descritos o perfil e características dos serviços segundo as dimensões avaliadas para o conjunto dos respondentes em 2010.

Na avaliação da qualidade foi empregada a análise de agrupamento por K-média para criar conjuntos de serviços, os quais foram agregados de acordo com a similaridade. Foram descritas as médias obtidas por grupo e discriminadas segundo dimensão da qualidade. Também foram apresentadas a porcentagem de serviços por grupo de qualidade e sua distribuição nas cinco regiões brasileiras.

Também foi realizada a comparação entre os resultados das avaliações dos anos de 2007 e 2010. Em relação ao perfil e caracterização dos serviços foram apresentadas as diferenças entre os resultados obtidos pelos respondentes nos dois períodos. Na análise da qualidade foram discutidas as médias obtidas pelo conjunto de serviços que respondeu ao questionário nos dois anos e a porcentagem de melhora e piora das médias do ano de 2007 para 2010.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DA AVALIAÇÃO QUALIAIDS DO ANO DE 2010

4.1. Perfil dos serviços

A adesão dos serviços à Avaliação Qualiaids do ano de 2010 foi alta. Pelo menos 78% dos ambulatórios de cada Estado acessaram o sistema e responderam ao questionário, com exceção do Estado de Alagoas onde a participação de 66,7% significou que 2 dos 3 serviços existentes responderam ao questionário. Na Tabela 1 pode-se acompanhar o envolvimento e desempenho das unidades no inquérito por Unidade da Federação.

Tabela 1 - Distribuição dos serviços nos Estados segundo participação na Avaliação Qualiaids 2010, Brasil

UF	Serviços existentes	Serviços que acessaram à avaliação	Taxa de adesão à avaliação	Serviços considerados na análise	Taxa final dos serviços analisados
AC	1	1	100,0	1	100,0
AL	3	2	66,7	2	66,7
AM	8	7	87,5	5	62,5
AP	1	1	100,0	1	100,0
BA	28	28	100,0	28	100,0
CE	15	15	100,0	15	100,0
DF	9	8	88,9	8	88,9
ES	20	20	100,0	20	100,0
GO	9	9	100,0	9	100,0
MA	10	10	100,0	10	100,0
MG	52	41	78,8	41	78,8
MS	10	10	100,0	10	100,0
MT	12	12	100,0	10	83,3
PA	14	14	100,0	14	100,0
PB	6	6	100,0	6	100,0
PE	15	15	100,0	15	100,0
PI	6	6	100,0	6	100,0
PR	49	44	89,8	43	87,7
RJ	102	83	81,4	81	79,4
RN	5	5	100,0	5	100,0
RO	9	8	88,9	7	77,8
RR	1	1	100,0	1	100,0
RS	59	49	83,1	42	71,2
SC	62	58	93,5	57	91,9
SE	1	1	100,0	1	100,0
SP	200	200	100,0	198	99%
TO	5	5	100,0	5	100,0
Total	712	659	92,6	641	90,0

A representatividade das regiões do país está retratada na Tabela 2, onde é possível constatar a grande participação e distribuição homogênea dos respondentes nestas áreas.

Tabela 2 - Distribuição dos serviços nas regiões do país segundo participação na avaliação Qualiaids 2010, Brasil (N=659)

Região	Serviços existentes	Serviços que responderam	Taxa de resposta (%)
Norte	39	37	94,8
Nordeste	89	88	98,8
Centro-Oeste	40	39	97,5
Sul	170	151	88,8
Sudeste (exceto SP e RJ)	72	61	84,5
RJ	102	83	81,4
SP	200	200	100
Total	712	659	92,6

No Brasil 81% dos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV estão municipalizados, ou seja, têm como instituição gestora a Secretaria Municipal de Saúde. As unidades geridas por Secretarias Estaduais representam uma parte bem menor deste universo (8,8%). A Tabela 3 mostra a distribuição dos ambulatórios por instituição gestora:

Tabela 3 - Distribuição dos serviços segundo a instituição gestora em 2010, Brasil (N = 659)

Instituição gestora	%
Secretaria de Estado da Saúde	8,8%
Secretaria Municipal de Saúde	81,1%
Universidade pública	4,4%
Universidade privada	0,9%
Ministério da Saúde	0,5%
Consórcio intermunicipal	1,4%
Outros	2,1%
Missing	0,8%
Total	100%

Do universo dos 659 participantes da avaliação 2010, a maior proporção dos serviços (40,6%) informou que está localizada em ambulatórios de especialidades, seguida de 34,1% que são ambulatórios especializados que atendem exclusivamente HIV (Tabela 4). Apenas 14,4% dos serviços do país referiram estar em unidades básicas de saúde.

Tabela 4 - Caracterização dos serviços de assistência à HIV/aids segundo tipo de unidade de saúde, 2010, Brasil (N = 659)

Tipo de serviço	%
Ambulatório de assistência a várias especialidades	40,6
Ambulatório de assistência especializada às pessoas vivendo com HIV/aids (ambulatório exclusivo)	34,1
Ambulatório vinculado a Hospital	9,7
Unidade básica de saúde	14,4
Missing	0,2
Total	100,0

Pouco mais de um terço dos serviços brasileiros é de pequeno porte, ou seja, acompanham até 100 pacientes (Tabela 5). Os serviços menores constituem 34,8% da amostra estudada (659), proporção comparável aos de médio porte (37,1%).

Tabela 5 - Número de pacientes em seguimento nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Porte dos serviços	Número de pacientes em acompanhamento	%
Pequeno	0 a 50	23,1%
	51 a 100	11,7%
Médio	101 a 500	37,1%
Grande	>500	26,3%
Sem informação		1,8
Total		100%

Os serviços que atendem PVHIV estão majoritariamente localizados em municípios com até 400mil habitantes, representando 75% do universo avaliado (Tabela 6). Dos 659 respondentes ao questionário qualiaids, 131 (23%) localizam-se em capitais administrativas.

Tabela 6 - Distribuição dos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV por tamanho de município, em 2010, Brasil (N = 659)

Tamanho do município*	%
< 100 mil habitantes	43,1%
≥ 400 mil habitantes	31,9%
> 400 mil habitantes	25,0%
Total	100,0%

*Fonte: IBGE, dados preliminares Censo 2010¹¹.

¹¹ Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/primeiros_resultados/populacao_por_municipio.shtm.

4.2. Caracterização dos serviços segundo as dimensões da qualidade

4.2.1. Disponibilidade de recursos

A maioria dos serviços (94,2%) informou que está localizada em região com fácil disponibilidade de transportes, funciona cinco ou mais dias por semana (85,6%) e durante oito ou mais horas por dia (81,6%). Para 45,7% o prédio tem planta física que facilita a circulação interna. Entretanto, a acessibilidade foi considerada inadequada em uma parcela significativa dos ambulatorios: 14,7% reportaram barreiras físicas que dificultam a circulação interna dos usuários, 8,5% trabalham quatro horas por dia e 6,8% abrem apenas um ou dois dias por semana.

A oferta de consulta para médico infectologista é alta, uma vez que 71,9% relataram ter pelo menos um profissional desta especialidade na composição de sua equipe. Apesar de 27,6% dos ambulatorios que acompanham PVHIV terem informado que não contam com nenhum infectologista em seu quadro, 65,9% referiram que a maioria dos médicos da equipe (infectologistas e clínicos) possui mais de 5 anos de experiência.

A prática de agendar todos os pacientes para o mesmo horário no início do turno predomina nos serviços avaliados (45,8% das unidades). Apenas 26,9% relataram agendar consultas médicas com hora marcada (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das formas de agendamento da consulta médica nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Formas de agendamento	N	%
É marcada hora para cada paciente	177	26,9
São marcados grupos de pacientes para mesma hora	94	14,3
Todos os pacientes são marcados para o início do turno	302	45,8
Para cada médico existe uma rotina	61	9,3
Não há agendamento de consultas	16	2,4
Missing	9	1,3

Total	659	100
-------	-----	-----

O acesso a outras especialidades profissionais apresenta variações quanto ao tipo de especialista. No caso do ginecologista, por exemplo, 70,1% dos serviços responderam que o atendimento ocorre em até 15 dias. Além deste, assistente social e psicólogo também possuem alta disponibilidade de atendimento. Embora 53,6% dos serviços acessem a cirurgia geral em até 45 dias, a oferta de consulta para médico especialista é ruim, especialmente para proctologista, que tem tempo de espera imprevisível ou maior de 45 dias em 54,5% dos ambulatórios (Tabela 8).

Tabela 8 - Tempo de espera para atendimento com especialistas nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Especialistas	Até 15 dias		16 a 45 dias		Mais de 45 dias ou imprevisível		Missing	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cardiologista	213	32,3	229	34,7	194	29,4	23	3,5
Cirurgia geral	156	23,7	197	29,9	280	42,5	26	3,9
Ginecologista	462	70,1	118	17,9	64	9,7	15	2,3
Neurologia	116	17,6	229	34,7	290	44,0	24	3,6
Odontologia	403	61,2	121	18,4	110	16,7	25	3,8
Oftalmologista	197	29,9	201	30,5	239	36,3	22	3,3
Proctologista	98	14,9	179	27,2	359	54,5	23	3,5
Psicologia	497	75,4	64	9,7	75	11,4	23	3,5
Psiquiatra	193	29,3	198	30,0	246	37,3	22	3,3
Serviço social	564	85,6	15	2,3	55	8,3	25	3,8

Quanto à composição da equipe a Tabela 9 mostra que a maioria das unidades relatou ter pelo menos um profissional psicólogo, assistente social, farmacêutico e auxiliar/técnico de enfermagem. Chama atenção que 8% não

contam com enfermeiro na unidade. Quase da metade dos serviços não possui dentistas em seu quadro.

Tabela 9 – Disponibilidade dos profissionais nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Categoria profissional	Serviços sem profissional (%)	Serviços com pelo menos um profissional (%)	Serviços com pelo menos um profissional exclusivo (%)
Auxiliar/Técnico de enfermagem	9,9	88,8	62,6
Assistente social	23,2	75,7	36,4
Dentista	47,5	51,3	19,0
Enfermeiro	8,0	91,0	61,2
Farmacêutico	17,8	81,3	37,3
Psicólogo	20,9	78,1	43,9

A responsabilidade administrativa (controle de faltas, férias, alocação de pessoal, contratação, etc.) é realizada em 46,7% (308) diretamente pelo próprio coordenador municipal ou pela Secretaria Municipal de Saúde e em 17,8% (117) dos serviços, por profissional não vinculado ao programa de DST/Aids. A maioria das unidades (58,3% - 384) relatou que o responsável administrativo possui alguma formação específica para desempenhar esta função, seja por meio de cursos de capacitação gerencial, especialização em saúde pública ou em administração em saúde.

Em apenas 14% dos serviços foi informado que a coordenação técnica (assistência, condução das reuniões, supervisão, etc.) é realizada pelo próprio gerente da unidade. Em 35,5% esta função é realizada diretamente pelo coordenador municipal. Este coordenador técnico tem três ou mais anos de experiência no exercício desta função em 51% dos serviços. Ressalta-se que 8,3% dos serviços informaram que não possuem responsável técnico.

Em relação aos exames laboratoriais, 28,8% dos ambulatórios referiram que realizam todas as coletas na própria unidade. A disponibilidade de exames

CD4+ e carga viral é alta, com 80,9% e 77,8% respectivamente (533) dos serviços relatando que coletam 3 ou mais exames por paciente por ano.

O tempo de espera para os principais exames laboratoriais, em sua maioria não é superior a 15 dias, exceto para as sorologias, conforme demonstrado na Tabela 10.

Tabela 10 - Tempo de espera para os resultados de exames laboratoriais nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Exames	Tempo de espera									
	Até 15 dias		De 16 a 30 dias		Mais de 30 dias ou imprevisível		Não disponível		Missing	
	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%
Amilase	482	73,1	78	11,8	21	3,2	67	10,2	11	1,7
Bilirrubina/frações	503	76,3	84	12,7	21	3,2	23	3,5	28	4,2
Colesterol	524	79,5	78	11,8	19	2,9	13	2,0	25	3,8
Creatinina	523	79,4	78	11,8	18	2,7	15	2,3	25	3,8
Glicose	528	80,1	74	11,2	18	2,7	12	1,8	27	4,1
TGO/TGP	515	78,1	84	12,7	20	3,0	15	2,3	25	3,8
Uréia	524	79,5	76	11,5	18	2,7	14	2,1	27	4,1
Triglicérides	520	78,9	77	11,7	19	2,9	13	2,0	30	4,6
Hemograma	527	80,0	73	11,1	18	2,7	12	1,8	29	4,4
Hemocultura	348	52,8	96	14,6	52	7,9	121	18,4	42	6,4
Coprocultura	355	53,9	98	14,9	51	7,7	117	17,8	38	5,8
Urocultura	413	62,7	106	16,1	33	5,0	73	11,1	34	5,2
BAAR	540	81,9	52	7,9	16	2,4	18	2,7	33	5,0
PPD	560	85,0	21	3,2	12	1,8	24	3,6	42	6,4
Urina I/EAS	528	80,1	62	9,4	16	2,4	20	3,0	33	5,0
Parasitológico de fezes	528	80,1	66	10,0	19	2,9	15	2,3	31	4,7
Anti HIV (Elisa)	365	55,4	182	27,6	77	11,7	11	1,7	24	3,6
Western-Blot	176	26,7	218	33,1	148	22,5	80	12,1	37	5,6
Imunofluor para HIV	197	29,9	195	29,6	140	21,2	85	12,9	42	6,4
Hepatite B	301	45,7	186	28,2	131	19,9	20	3,0	21	3,2
Hepatite C	293	44,5	185	28,1	133	20,2	21	3,2	27	4,1
Toxoplasmose	322	48,9	166	25,2	111	16,8	27	4,1	33	5,0
CD4/CD8	209	31,7	266	40,4	140	21,2	24	3,6	20	3,0

Carga Viral	152	23,1	290	44,0	171	25,9	24	3,6	22	3,3
--------------------	-----	------	-----	------	-----	------	----	-----	----	-----

A dispensação dos antirretrovirais é feita no mesmo dia da primeira prescrição em 73,1% dos casos. Dos serviços que entregam estes medicamentos, 86,3% informaram que fazem o controle do procedimento via SICLOM. Embora a disponibilidade dos antirretrovirais seja alta, foram registradas faltas para todos os medicamentos durante algum período, mesmo que em pequena proporção (Tabela 11).

Tabela 11 - Disponibilidade dos antirretrovirais nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Antirretrovirais	Não faltou		Faltou								Não disponível / não utilizado		Missing	
			Até 7dias		De 8 a15 dias		De16 a 30 dias		Mais de 30 dias					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Abacavir	232	35,2	10	1,5	9	1,4	24	3,6	98	14,9	275	41,7	11	1,7
Atazanavir 200mg	440	66,8	9	1,4	9	1,4	6	,9	1	,2	123	18,7	71	10,8
Atazanavir 300mg	490	74,4	9	1,4	7	1,1	3	,5	2	,3	79	12,0	69	10,5
Darunavir 300mg	362	54,9	8	1,2	11	1,7	6	,9	5	,8	183	27,8	84	12,7
Didanosina 250mg	376	57,1	5	,8	10	1,5	5	,8	1	,2	181	27,5	81	12,3
Didanosina 400mg	365	55,4	15	2,3	24	3,6	16	2,4	15	2,3	151	22,9	73	11,1
Efavirenz 200mg	233	35,4	4	,6	7	1,1	3	,5	4	,6	317	48,1	91	13,8
Efavirenz 600mg	507	76,9	23	3,5	25	3,8	16	2,4	7	1,1	20	3,0	61	9,3
Enfuvirtida 90mg	313	47,5	5	,8	4	,6	1	,2	2	,3	254	38,5	80	12,1
Estavudina 30mg	411	62,4	21	3,2	28	4,2	20	3,0	19	2,9	89	13,5	71	10,8
Fosamprenavir700mg	287	43,6	6	,9	7	1,1	5	,8	8	1,2	259	39,3	87	13,2
Indinavir 400 mg	363	55,1	11	1,7	7	1,1	3	,5	1	,2	195	29,6	79	12,0
Lamivudina 150mg	503	76,3	18	2,7	24	3,6	18	2,7	10	1,5	23	3,5	63	9,6
Lopinavir 200/50r	518	78,6	9	1,4	6	,9	4	,6	0	,0	54	8,2	68	10,3
Nevirapina 200mg	498	75,6	13	2,0	12	1,8	7	1,1	3	,5	57	8,6	69	10,5
Raltegravir 400mg	344	52,2	9	1,4	10	1,5	1	,2	7	1,1	195	29,6	93	14,1
Ritonavir 100mg	519	78,8	12	1,8	8	1,2	6	,9	2	,3	39	5,9	73	11,1
Squinavir Gel.200mg	284	43,1	14	2,1	11	1,7	5	,8	6	,9	253	38,4	86	13,1
Tenofovir 300mg	514	78,0	14	2,1	14	2,1	7	1,1	3	,5	39	5,9	68	10,3
Zidovudina 100mg	477	72,4	6	,9	4	,6	0	,0	1	,2	101	15,3	70	10,6
Zidovudina300mg + Lamivudina150mg	528	80,1	16	2,4	16	2,4	8	1,2	11	1,7	15	2,3	65	9,9

Zidovudina injetável	336	51,0	18	2,7	17	2,6	17	2,6	44	6,7	143	21,7	84	12,7
Zidovudina susp.	448	68,0	18	2,7	17	2,6	8	1,2	9	1,4	85	12,9	74	11,2

No geral, a disponibilidade de medicamentos para infecção oportunista também é alta, com exceção para “dapsona” e “cetoconazol” que não estão disponíveis em 15,9% e 12,3% dos serviços, respectivamente. A tabela 12 apresenta a disponibilidade declarada para todos os medicamentos.

Tabela 12 - Disponibilidade de medicamentos para infecção oportunista nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Medicamentos	Não Faltou		Faltou				Não disponível		Não utilizado		Missing	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Azitromicina	512	77,7	9	1,4	53	8,0	23	3,5	52	7,9	10	1,5
Dapsona	202	30,7	19	2,9	80	12,1	105	15,9	216	32,8	37	5,6
Sulfadiazina	437	66,3	19	2,9	65	9,9	48	7,3	53	8,0	37	5,6
Sulfametoxazol Trimetoprim	532	80,7	20	3,0	41	6,2	21	3,2	13	2,0	32	4,9
Cetoconazol	389	59,0	11	1,7	75	11,4	81	12,3	71	10,8	32	4,9
Fluconazol	490	74,4	27	4,1	83	12,6	20	3,0	12	1,8	27	4,1
Aciclovir comprimido	444	67,4	26	3,9	115	17,5	27	4,1	17	2,6	30	4,6
Pirimetamina	372	56,4	17	2,6	86	13,1	65	9,9	76	11,5	43	6,5

Os exames de radiologia simples possuem boa disponibilidade no conjunto dos serviços brasileiros. Entretanto esta não é a mesma realidade para os exames de maior complexidade, para os quais foi referida grande imprevisibilidade no tempo de espera entre a solicitação e o resultado, principalmente para broncoscopia (55,8%), tomografia (41,4%), colposcopia (34,3%) e anátomo-patológico (31,9%). A Tabela 13 apresenta a disponibilidade informada para os principais exames:

Tabela 13 - Tempo de espera para resultados de exames de imagem e de patologia nos ambulatórios que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Exames	Até 15 dias		De 16 a 45 dias		Mais de 45 dias ou imprevisível		Missing	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Broncoscopia	109	16,5	146	22,2	368	55,8	36	5,5
Colposcopia	217	32,9	182	27,6	226	34,3	34	5,2
ECG	458	69,5	112	17,0	55	8,3	34	5,2
EDA	212	32,2	214	32,5	190	28,8	43	6,5
Anatomo patológico	124	18,8	295	44,8	210	31,9	30	4,6
Rx abdome	507	76,9	75	11,4	47	7,1	30	4,6
Rx tórax	534	81,0	66	10,0	48	7,3	11	1,7
Rx seios face	509	77,2	74	11,2	51	7,7	25	3,8
Tomografia	145	22,0	210	31,9	273	41,4	31	4,7
USG	266	40,4	228	34,6	133	20,2	32	4,9

Em relação à referência e contra referência para as modalidades assistenciais a maioria dos serviços declarou não ter disponibilidade de acesso a hospital dia e assistência domiciliar terapêutica. O fluxo também é deficiente para pronto socorro e internação, sendo que 14% dos ambulatórios referiram que estas modalidades não estão disponíveis em suas redes (Tabela 14).

Tabela 14 - Acesso a modalidades assistenciais para os serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Modalidades	Disponível fora do serviço				Não disponível		Missing	
	Com dificuldade		Com facilidade		n	%	n	%
CTA	5	,8	416	63,1	228	34,6	10	1,5
ADT	26	3,9	148	22,5	383	58,1	102	15,5
Hospital Dia	36	5,5	180	27,3	366	55,5	77	11,7
Internação	134	20,3	378	57,4	93	14,1	54	8,2
Pronto Socorro	74	11,2	433	65,7	97	14,7	55	8,3

4.2.2. Organização da assistência

Em relação à organização do atendimento médico 12% dos serviços referiram que o tempo de duração da consulta de casos novos é de 60 minutos (Quadro 1). Nos retornos 45,5% referiram duração de pelo menos 30 minutos. Apenas 43,2% informaram que são agendados até 8 pacientes por 4 horas de trabalho. Neste mesmo quadro é possível constatar que o intervalo médio entre as consultas de rotina para pacientes em uso de antirretroviral é de 90 ou mais dias em 21,7% dos ambulatórios.

Quadro 1. Organização do atendimento médico segundo número, duração e intervalo de retorno de consultas agendadas nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)	
Número de consultas previstas para 4 horas de trabalho	%
Menos de 8 consultas	16,2
8 consultas	27,0
10 consultas	17,6
12 consultas	20,6
16 consultas	10,9
20 ou mais consultas	5,5
Duração da consulta de casos novos	%
15 minutos	12,9
30 minutos	46,0
45 minutos	27,6
60 minutos	12,0
Duração da consulta de retorno	%
15 minutos	52,8
30 minutos	41,7
45 minutos	3,2
60 minutos	0,6
Intervalo entre as consultas para pacientes que não estão em uso de antirretroviral	%
30 dias	9,0
60 dias	21,7
90 dias ou mais	37,9
120 ou mais dias	29,9
Intervalo entre as consultas para pacientes em uso de antirretroviral	%
30 dias	37,8
60 dias	38,7
90 dias	17,3
Acima de 90 dias	4,4

O intervalo de rotina para o retorno em consulta médica ou com profissional de nível superior - quando é introduzida a terapia antirretroviral – é de até 15 dias em 62,5% das unidades e em 29,4% o intervalo é igual ou superior a 30 dias. Informam não possuir rotina diferenciada para o início da terapia antirretroviral 6,4% dos respondentes.

Os serviços relataram que durante a consulta, além dos procedimentos técnicos de rotina, os médicos investigam as dificuldades no uso de antirretrovirais (90,3%), orientam o medicamento detalhada (53,4%) ou resumidamente (67,2%) e encaminham o paciente para orientação por outro profissional (58%). Chama atenção a proporção de serviços que informou que durante o atendimento são abordadas questões relativas à sexualidade (59,5%) e fornecidas orientações sobre concepção/contracepção (72,2%).

Quanto ao atendimento de pacientes que procuram o serviço fora do dia agendado (“extra”), 20,3% responderam que atendem dependendo da disponibilidade de vagas nas agendas médicas e 19,3% encaminham para pronto socorro. Todavia, a maioria dos serviços (54,9%) informou que os pacientes são sempre atendidos, independentemente da existência de vagas na agenda.

As demandas mais frequentes para o atendimento “extra” são as intercorrências clínicas (59,3%), Dentre as atividades realizadas rotineiramente nessa consulta, além de conteúdos básicos como avaliação de queixas clínicas (91,2%) e fornecimento de receita médica (80,7%), os serviços informaram que fornecem atestado para benefício social (52,2%), avaliam e reorientam o uso de antirretroviral e outros medicamentos (68,9%); verificam a ocorrência de faltas anteriores (45,4%); orientam sobre o retorno para o atendimento de rotina (60,8%) e identificam dificuldades para comparecimento às consultas agendadas (55,4%).

O acesso rotineiro ao atendimento médico ginecológico foi relatado pela minoria dos serviços (31,4%). A maioria agenda consulta ginecológica conforme a demanda da paciente (54%), sendo que 27,9% dos serviços não contam com profissional ginecologista.

Em relação ao desejo de ter filhos 85,6% dos serviços referiram que orientam sobre os riscos e discutem o melhor momento para concepção. Não recomendam a concepção devido aos riscos para a saúde da mulher soropositiva ou ao risco de transmissão vertical 10,2% dos respondentes.

No atendimento odontológico também prevalece o agendamento conforme a demanda do paciente (55,5%), sendo que apenas 12,4% dos serviços realizam o agendamento de avaliação periódica mesmo na ausência de queixas. Não há atendimento odontológico em 37,3% dos ambulatórios.

A maioria dos serviços reportou que as atividades do enfermeiro estão concentradas nas atribuições tradicionais da categoria como, por exemplo, acolhimento de casos novos (81,6%), triagem de intercorrências (74,7%), supervisão da equipe de enfermagem (74,4%), notificação epidemiológica (72,5%) e atendimento aos casos de exposição ocupacional (63,4%). Na minoria dos ambulatórios estes profissionais participam de atividades coletivas como grupos de adesão (21,9%) ou grupos sobre outros temas específicos (21,2%).

As ações mais realizadas na consulta do enfermeiro foram as orientações sobre uso de preservativos (80,6%), uso correto de medicamento (77,2%), formas de transmissão e cuidados domiciliares (76,0%), discussão sobre adesão (74,8%) e orientação sobre concepção/contracepção (65,9%). A abordagem sindrômica das DST foi informada por 56,4%. Ressalta-se que 7,9% dos ambulatórios relataram que o enfermeiro não realiza consulta de enfermagem.

As atividades realizadas pelo auxiliar/técnico de enfermagem são bastante diversas e estão descritas na Tabela 15. Destaca-se que nesta categoria profissional predominam atividades de caráter operacional do atendimento como, por exemplo, agendamentos, verificação de sinais vitais, distribuição de preservativos e procedimentos relacionados a coletas de exames.

Tabela 15 - Atividades realizadas pelo auxiliar/técnico de enfermagem nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Atividades*	%
Agendamento de exames e consultas	71,5
Verificação de sinais vitais	75,7
Verificação de queixas agudas	59,9
Conferência do prontuário e do motivo do atendimento – resultados de exames etc.	57,7
Orientação sobre o uso de preservativos	58,1
Distribuição de preservativos	64,9
Orientação para coleta de exames	73,9
Orientação sobre o uso da medicação	52,7
Discussão sobre as dificuldades de adesão	42,2
Orientações nutricionais e dietéticas	12,0
Grupos de adesão ou grupos sobre outros temas específicos	10,8
Orientação sobre encaminhamentos para especialistas	51,4
Coleta de sangue para exames laboratoriais	45,5
Outros	12,7
Esse serviço não dispõe desse profissional	6,2

*Questão de múltipla escolha

A pré consulta médica de rotina foi referida por 62,2% dos ambulatórios, sendo realizada por auxiliar/técnico de enfermagem em 41,6%, por enfermeiro em 20,6% e por outro profissional de nível superior em 10,5% dos casos. Em 24% dos serviços a pré-consulta não existe ou é realizada dependendo da necessidade do paciente. As finalidades declaradas desta pré-consulta são: aferição da pressão arterial e peso (69%); verificação de queixas agudas e definição de prioridades de atendimento (63,9%); verificação da adesão aos antirretrovirais (52,7%) e fornecimento de preservativos (47,2%).

A pós-consulta médica é realizada com a finalidade de orientar encaminhamentos para outros serviços (73,3%), orientar o uso do medicamento (71,8%), agendar retornos (62,1%) e exames (68,1%). Os ambulatórios respondentes também referiram que utilizam este espaço para

orientar os pacientes sobre benefícios sociais (46%), uso de preservativos (69%) e sobre direitos civis (27,8%).

Entre as atividades realizadas pelo psicólogo predominam a psicoterapia individual (71,8%) e o atendimento e suporte para a família (60,7%). Recepção e acolhimento de casos novos também foram informados pela maioria dos serviços (55,4). O envolvimento do psicólogo em outros tipos de atividade foi referido por menos de 40% dos respondentes: 39,5% em atendimento conjunto com médico e/ou serviço social; 36,6% em suporte para a equipe do serviço; 29,6% em grupos de adesão e 24,1% em grupos de outros temas.

Na Tabela 16 pode ser visto que a atividade do assistente social mais referida foi encaminhamento para benefícios sociais como cesta básica e vale transporte (70,7%). A maioria das unidades refere que a equipe de serviço social orienta sobre direitos civis e previdenciários (67,1%), sobre questões trabalhistas (62,5%) e oferece suporte familiar (56,1%). Chama atenção que 50,1% informaram que realizam visita domiciliar, atividade tradicionalmente associada à categoria.

Tabela 16 - Atividades realizadas pelo assistente social nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Atividades*	%
Recepção e acolhimento de casos novos	49,8
Discussão e apoio sobre estrutura familiar	56,1
Discussão e orientação sobre questões trabalhistas	62,5
Orientação sobre direitos civis e previdenciários	67,1
Encaminhamentos para benefícios sociais (cesta básica, vale transporte etc.)	70,7
Grupos de adesão	24,9
Grupos sobre outros temas específicos	20,2
Controle de faltosos e/ou busca ativa	37,3
Atividades de reinserção social e/ou geração de renda	31,1
Visita domiciliar	50,1
Outros	18,2
Esse serviço não dispõe desse profissional	20,8

*Questão de múltipla escolha

Entre as atribuições do farmacêutico predominam as atividades de controle do suprimento (78,3%), a dispensação de medicamentos (73,4%) e a orientação individual dos pacientes quanto ao uso do medicamento (62,4%), conforme demonstrado na Tabela 17.

Tabela 17 - Atividades realizadas pelo farmacêutico nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Atividades*	%
Controle do suprimento e dispensação dos medicamentos	78,3
Treinamento e supervisão dos profissionais da farmácia	54,6
Dispensação de medicamentos	73,4
Orientação individual dos pacientes quanto ao uso da medicação	62,4
Supervisão e orientação da equipe médica sobre a adequação dos esquemas com antirretrovirais	32,3
Controle de faltosos	38,5
Grupos de adesão	12,3
Outros	20,5
Esse serviço não dispõe desse profissional	14,1

*Questão de múltipla escolha

Na grande maioria dos serviços a orientação do uso do antirretroviral é realizada na própria consulta médica (94,1%). A orientação também é feita pelo enfermeiro (63,9%), farmacêutico (37%) e nos grupos de discussão de adesão (21,7%).

A forma de investigação da adesão aos antirretrovirais mais informada foi a checagem de rotina em consulta médica sobre dificuldades com efeitos colaterais e posologia (83,5%), como apresentado na Tabela 18.

Tabela 18 - Formas de verificação do uso correto dos antirretrovirais nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Formas de avaliação*	%
Questionamento sobre o uso correto	79,8
Checagem de rotina em consulta médica sobre dificuldades com efeitos colaterais e posologia (horários e alimentação)	83,5
Checagem de rotina sobre dificuldades relativas ao dia a dia (trabalho, fins de semana, festas etc.)	65,7
Contagem dos medicamentos que sobraram	35,8
Recordatório detalhado sobre as atividades diárias do paciente e o uso da medicação	20,6
Checagem de anotações do paciente sobre o modo de uso diário, em caderno ou formulário específico	10,9
Grupo de adesão	24,7
Outros	24,1

*Questão de múltipla escolha

Quando um paciente apresenta dificuldades no tratamento, os serviços relataram diversas estratégias de estímulo à adesão como, por exemplo, realização do retorno em intervalos menores (88,3%); reforço da importância da adesão nas consultas médicas (78,3%); encaminhamento para orientação individual com profissional de nível superior (69%) e mudança de esquema terapêutico se possível (60,5%). Apenas em 23,4% dos serviços, o paciente é encaminhado para grupo de adesão.

As estratégias de acesso aos antirretrovirais estão apresentadas no Quadro 2. Quando o agendamento de rotina prevê um intervalo entre as consultas de mais de 30 dias, o mais frequente é o paciente levar a prescrição para 60 dias quando está estável (30,7%). Percebe-se que os serviços têm diferentes estratégias, o que pode refletir o esforço para garantir que o paciente tenha acesso ao medicamento. Ainda assim, 9% das unidades orientam o agendamento de consulta médica, independente do tempo de espera, o que significa que o paciente necessita esperar até a consulta médica para receber o medicamento antirretroviral.

Quadro 2. Mecanismos utilizados para promover acesso aos antirretrovirais nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)	
Quando o paciente fica sem medicamento	%
Agendar consulta médica	9,1
Passar em consulta extra (encaixe na agenda ou pronto atendimento)	47,6
Pegar receita com enfermagem ou farmacêutico	28,4
Outros	12,9
Quando há intervalo entre as consultas de mais de 30 dias	%
O paciente estável leva prescrição para 60 dias	30,7
A enfermeira ou o farmacêutico autoriza a retirada da medicação	9,1
O paciente passa por consulta de enfermagem e, após orientações, retira a medicação previamente prescrita	11,8
O paciente passa por atendimento com farmacêutico e, após orientações retira a medicação previamente prescrita	12,1
O médico deixa prescrição pronta no serviço para o próximo mês	20,8
O paciente sempre leva prescrição para 60 dias	6,5
Isso não acontece	7,1

Quando o paciente falta ao atendimento agendado os serviços informaram que convocam os casos de maior gravidade clínica ou na vigência exames alterados (52,8%), os pacientes em uso de antirretroviral (38,5%) e quando é caracterizado o abandono (42,5%). A convocação de todos os pacientes faltosos é declarada por 30,5% dos serviços. Informaram não fazer controle de faltosos 5,6% dos respondentes.

Na oferta do teste diagnóstico de HIV o aconselhamento pré-teste é realizado individualmente por profissional de nível superior em 86,9% das unidades e em grupo por profissional de nível universitário em 23,7% dos casos. No pós-teste o aconselhamento é conduzido por profissional de nível superior na grande maioria dos ambulatórios (93,6%). Este tipo de atendimento é feito por profissional de nível médio (auxiliar/técnico) em 23,7% das unidades.

Quando o paciente com sorologia confirmada não retorna para pegar o resultado 74,1% dos serviços referiram que fazem convocação, tendo o cuidado de não quebrar o sigilo. O teste não é oferecido em 5,2% dos serviços.

Ao procurar o serviço pela primeira vez o paciente é atendido no mesmo dia na maioria dos casos (82,3%) e com maior frequência por profissional não-médico de nível universitário e pelo médico quando necessário (34,0%). A Tabela 19 discrimina a prontidão deste acolhimento.

Tabela 19 – Prontidão do primeiro atendimento nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Prontidão	%
Atendimento no mesmo dia por profissional não-médico de nível universitário	23,2
Atendimento no mesmo dia por profissional de nível médio da área de enfermagem e, se necessário, pelo médico	13,9
Atendimento no mesmo dia por profissional não-médico de nível universitário e, se necessário, pelo médico	34,0
Atendimento no mesmo dia por profissional não-médico de nível universitário e pelo médico	5,8
Atendimento em consulta médica no mesmo dia	5,4
Agendamento para outro dia com profissional não-médico de nível universitário	1,8
Agendamento para outro dia para consulta médica	10,3
Orientação para retornar em dias subseqüentes para tentar vaga para consulta médica	0,3
Outros	3,6
Missing	1,7

Entre as atividades realizadas no primeiro atendimento predominam as de caráter biomédico como avaliação de gravidade clínica, solicitação de exames e agendamento de consulta médica, conforme demonstrado na Tabela 20. Percebe-se também que há uma proporção expressiva de unidades que aproveitam este momento para dispensar preservativos e orientar sobre parceria sexual.

Tabela - 20 Atividades realizadas no primeiro atendimento nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Atividades*	%
Apresentação do serviço e de seu funcionamento	86,2
Investigação sobre categoria de exposição	74,5
Entrega de preservativos	78,1
Triagem da área de moradia	25,9
Avaliação de gravidade clínica	70,6
Solicitação de exames	68,7
Agendamento de consulta médica	89,5
Orientação sobre formas de transmissão e métodos/práticas de prevenção	85,4
Investigação e orientação sobre parceria sexual	81,9
Investigação de tempo de diagnóstico	67,2
Investigação sobre o uso anterior de anti-retroviral	73,3
Outros	17,0

*Questão de múltipla escolha

Em 93,2% das unidades o paciente sai do primeiro atendimento com consulta de retorno agendada, sendo que em 42% dos casos, o intervalo entre este primeiro atendimento e a consulta de retorno é de menos de 1 semana, e este intervalo pode variar entre 1 e 4 semanas em 34% dos serviços.

Sobre a padronização de condutas mais da metade dos serviços informaram que seguem protocolos no primeiro atendimento na unidade e no atendimento a condições específicas (Tabela 21).

Tabela 21 - Padronização de conduta nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Protocolos*	%
Primeiro atendimento no serviço	54,3
Consulta médica inicial	44,6
Consulta médica de retorno	26,6
Atendimento por outros profissionais de nível universitário	32,5
Atendimento a condições específicas (como co-infecção HIV/tuberculose, gestantes, acidentes de trabalho e outros)	54,2
Outros	10,8

*Questão de múltipla escolha

4.2.3. Gerenciamento técnico do trabalho

A forma como são registradas e coletadas as informações necessárias para possibilitar a avaliação e monitoramento é deficitária. As informações não estão disponíveis com facilidade e não costumam ser utilizadas para traçar ações de intervenção no serviço. Apenas 8,5% dos casos afirmaram não planejar as atividades do serviço. Entretanto, para a maioria o planejamento realizado se traduz na repetição ou continuidade das atividades desenvolvidas no ano anterior (68,6%). Positivamente, 59,9% afirmaram que o plano foi elaborado pela equipe local do serviço e em 43,4% das situações houve articulação da gerência local com a Coordenação de DST/Aids. Em 18,8% dos casos o plano foi elaborado pela equipe e por representantes de pacientes. Informaram utilizar os dados epidemiológicos da região na elaboração do plano 71,2%, mas 27,2% afirmaram que não o fazem, pois estes dados não estão disponíveis ou estão desatualizados.

Os serviços referiram que as informações que são registradas sistematicamente com maior frequência são os dados usuais de produtividade como, o número de consultas médicas realizadas, exames, atendimentos e procedimentos. Informações que qualificam melhor a assistência são registradas por menos da metade das unidades (Tabela 22). Chama atenção que 73,1% dos ambulatórios referiram registrar rotineiramente o número de pacientes soropositivos e 62,7%, o número de pacientes em uso de antirretroviral.

Tabela 22 – Tipos de informação que possuem registro sistemático nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Tipos de informação*	%
Nº de atendimentos e procedimentos	88,0
Nº de consultas por faixa etária	49,5
Nº de consultas por diagnóstico (infecções oportunistas, outras DST)	41,4
Nº de consultas por médicos	88,6
Nº de atendimentos em grupo	50,8
Atendimentos a casos de exposição ocupacional	69,0
Nº total de faltas em consulta médica	44,0
Nº de faltas por paciente em consulta médica	34,4
Nº de exames laboratoriais realizados	64,5
Nº de pacientes por faixa etária	52,4
Nº de pacientes por sexo	60,4
Nº de pacientes soropositivos	73,1
Nº de pacientes com co-infecção por tuberculose	46,7
Nº de pacientes por diagnóstico (infecções oportunistas, outras DST)	20,6
Nº de pacientes em uso de antirretroviral	62,7
Primeiro atendimento no ano de cada paciente	15,3
Nº de óbitos	37,0
Nº de pacientes por esquema terapêutico com antirretroviral	22,0
Outros	4,4

*Questão de múltipla escolha

Informaram não realizar controle sistemático do número de óbitos na relação dos pacientes da unidade 24,6% dos participantes. Em 61% este controle é feito por meio de informação proveniente do serviço de epidemiologia e em 47,8% mediante comunicação da família. A menor proporção (18,5%) afirmou que o serviço busca sistematicamente esta informação em outros órgãos (por exemplo, veículos de comunicação e registros de óbitos do município).

A maioria dos serviços (75,7%) declarou que mantém atualizadas as informações sobre o número de pacientes em uso de antirretrovirais retirando os óbitos notificados no controle de dispensação destes medicamentos.

O número total de faltas em consulta médica no mês anterior foi fornecido por 54,6% dos serviços e 17% declararam que não era possível obter esse dado. Deixaram em branco esta questão 28,4% dos respondentes e esta alta frequência de *missings* pode indicar ausência de prontidão na obtenção da informação.

Na Tabela 23 pode ser constatado que os serviços utilizam diversos critérios de abandono e a baixa frequência de registro em todos reforça a possibilidade de monitoramento deficitário do comparecimento às consultas, bem como dificuldade na adoção desta medida.

Tabela 23 - Critérios de abandono utilizados para os pacientes em uso de antirretroviral nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Critérios de abando*	%
Duas faltas consecutivas na consulta médica	8,8
3 ou mais faltas consecutivas na consulta médica	10,6
2 meses de ausência no serviço	18,5
3 a 5 meses de ausência no serviço	24,9
6 meses ou mais de ausência no serviço	18,1
Não comparecimento após a convocação	27,5
Outros	10,6
Não há critério de abandono	17,3

*Questão de múltipla escolha

O preenchimento das fichas de notificação epidemiológica é feito rotineiramente pelo médico em 55,7% dos serviços. Em 25,2%, a parte clínica é preenchida pelo médico e o restante por outros profissionais. No entanto, 36,4% relataram o preenchimento pelo técnico de enfermagem e 7,4%, por profissional administrativo.

O registro do atendimento é realizado em formulário padronizado pela maioria dos serviços apenas em duas situações: em todas as consultas

médicas (53%) e no primeiro atendimento no serviço (52,7%), demonstrado na Tabela 24.

Tabela 24 – Distribuição dos tipos de atendimento que utilizam registro padronizado nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Tipos de atendimento*	%
Apenas na 1ª consulta médica	9,1
No primeiro atendimento no serviço	52,7
Todas as consultas médicas	53,0
Atendimento odontológico	29,4
Atendimento com nutricionista	18,5
Atendimento psicológico	34,4
Atendimento do serviço social	38,7
Atendimento em grupo	14,9
Atendimento a casos de exposição ocupacional	48,1
Atendimento de gestantes	45,1
Atendimento de DST	38,8
Atendimento de tuberculose	41,7
Outros	14,0
Não são usados registros padronizados	16,2

*Questão de múltipla escolha

A maioria das unidades (85,1%:) afirmou que os profissionais não-médicos de nível universitário (psicólogo, assistente social, enfermeiro, etc.) registram o conteúdo da assistência prestada no prontuário do paciente (prontuário único) e em 4,6% estes atendimentos não são registrados em prontuário.

A prática de arquivar os prontuários das PVHIV em local exclusivo predomina entre os serviços. A maioria informou que os guarda em separado dos demais prontuários da unidade (55,5%). Esta organização provavelmente não favorece a construção de um olhar mais integral sobre os pacientes que

estão em acompanhamento na instituição. Em 26,6%, os prontuários são guardados junto com os demais prontuários do serviço em arquivo único, sendo utilizados por todos os setores assistenciais da instituição (prontuário único) em 38,5% dos casos.

Pouco mais da metade dos serviços realizam o controle da dispensação dos antirretrovirais através de ficha de cadastro individual (57,8%), sendo que 86,3% têm o SICLOM implantado.

Os serviços têm rotina de avaliar as ações e atividades assistenciais desenvolvidas. A avaliação foi referida como realizada esporadicamente, quando necessária, por 41,5% e periodicamente por 39,3%. Em 4,7%, a avaliação é conduzida por iniciativa das coordenações estaduais ou nacional do programa. Afirmaram não avaliar as atividades assistenciais 12,7% das unidades. Segundo informado, as avaliações já realizadas basearam-se em dados epidemiológicos (63,6%), de produção ambulatorial (68,1%) e relatório de atividades (56%). Utilizaram também auditoria de prontuários 13,2% e levantamento da satisfação dos usuários 31,6%.

Apenas 8,5% dos casos afirmaram não planejar as atividades do serviço. Entretanto, para a maioria o planejamento realizado se traduz na repetição ou continuidade das atividades desenvolvidas no ano anterior (68,6%). Positivamente, 59,9% afirmaram que o plano foi elaborado pela equipe local do serviço e em 43,4% das situações houve articulação da gerência local com a Coordenação de DST/Aids. Em 18,8% dos casos o plano foi elaborado pela equipe e por representantes de pacientes. Informaram utilizar os dados epidemiológicos da região na elaboração do plano 71,2%, mas 27,2% afirmaram que não o fazem, pois este dados não estão disponíveis ou estão desatualizados

Relataram participar das decisões sobre a priorização dos recursos destinados ao financiamento das ações de HIV/aids 68,3% dos ambulatórios, contando em um terço dos casos com a participação da equipe (37,3%) e também de representantes dos usuários (26,1%). Informaram não participam diretamente destas decisões 28,8% dos serviços.

Encaminhamentos para especialidades, contratação de recursos humanos de nível superior, aquisição de material permanente, contratação de recursos humanos de nível médio e aquisição de material de consumo foram as dificuldades gerenciais mais citadas pelos serviços (Tabela 25)

Tabela 25 - Dificuldades gerenciais dos últimos 6 meses dos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Dificuldades	%
Acesso a exames de laboratório em geral	18,2
Acesso a exames de CD4/Carga Viral	12,9
Medicação antirretroviral	17,9
Medicação contra infecções oportunistas	25,0
Encaminhamentos para especialidades	54,9
Vagas para internação	34,6
Vagas em hospital dia	11,4
Vagas em maternidade	3,8
Vaga para assistência domiciliar terapêutica	11,4
Contratação de recursos humanos de nível superior	53,9
Contratação de recursos humanos de nível médio	38,8
Aquisição de material de consumo	32,9
Aquisição de material permanente	39,8
Outros	20,3

*Questão de múltipla escolha

Diante das dificuldades enfrentadas no gerenciamento a grande maioria dos serviços encaminha os problemas para a direção local. A minoria realiza reunião com usuários para discussão e encaminhamento de soluções (Tabela 26).

Tabela 26 - Resolução de dificuldades enfrentadas no gerenciamento nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Resolução*	%
Encaminhamento dos problemas para a direção local	73,4
Notificação à Coordenação Municipal de DST/Aids	38,7
Notificação à Coordenação Estadual de DST/Aids	31,9
Notificação ao Departamento DST/AIDS/HV	4,9
Comunicado às instâncias de controle social (fórum de ONGs, Conselho Municipal de Aids, etc.)	16,2
Contato com outros serviços ou instâncias gerenciais para remanejamento de insumos	25,3
Reunião com pacientes	10,3
Aguardo de providências de outras instâncias gerenciais	30,3
Aquisição de insumos com verba de pronto pagamento ou com recursos de projetos	10,6
Outros	16,1

*Questão de múltipla escolha

Na comunicação e interação do serviço com os usuários a existência de fluxo estabelecido para acolher e encaminhar as demandas não parece ser rotina para o conjunto dos serviços, embora muitos disponham de mecanismos de captação de queixas e sugestões, como pode ser constatado no Quadro 3. A maioria das unidades não parece dispor de espaços de discussão e negociação com seus usuários. Ressalta-se que 56,0% dos serviços informaram que não há participação dos usuários no encaminhamento de soluções de problemas.

Quadro 3 - Participação Institucional dos usuários nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)	
Formas de captação e encaminhamento de demandas dos usuários*	%
Não existe nenhuma	16,5
Caixa ou livro de sugestões e reclamações	24,4
Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões	13,5
Sistema de ouvidoria (desse serviço, da secretaria etc.)	52,0
Diretamente junto à direção local desse serviço ou ao conselho gestor	51,6
Outros	5,8
Participação dos usuários no encaminhamento de soluções de problemas*	%
Não ocorre	56,0
Através de ONG	22,0
Através de conselho gestor ou similar	14,0
Através de outras formas de organização	16,8
*Questões de múltipla escolha	

A maior parte dos serviços não tem dinâmica de reuniões de equipe estabelecidas. Afirmaram não ter periodicidade definida para realizar reuniões de trabalho (52%) das unidades. As que ocorrem em intervalo semanal ou quinzenal foram reportadas por 19,6% dos serviços e 5% afirmaram nunca terem realizado reuniões.

Reuniões para a discussão de casos e condutas clínicas são promovidas pela minoria dos serviços (31,7%). Entre os respondentes, 43,1% afirmaram que realizam reunião clínica apenas quando há necessidade. Declararam não promover reuniões para discussão de casos 23,1%

Participam das reuniões enfermeiros (80%), técnicos de enfermagem (74,8%), médicos (71%), psicólogos (62,7%), assistentes sociais (60,2%) e farmacêuticos (58,6%). Já a participação de profissionais da equipe de coordenação, como diretor técnico (30%) e chefia médica (17%), ocorre em menor número de serviços.

Quanto ao suporte técnico-administrativo aos profissionais, os serviços reportaram que oferecem supervisões técnicas (42,6%), supervisões administrativas (39,5%), supervisão institucional (21,7%) e supervisão clínica para os psicólogos (4,4%). Disseram não oferecer nenhum tipo de supervisão 34,9% dos respondentes.

Em relação o estímulo à atualização dos profissionais no último ano, 69% dos ambulatórios referiram que ofereceram suporte financeiro para participação em treinamento, congresso e outros eventos. Os profissionais enviados para capacitação com maior frequência são de nível superior, particularmente médicos e enfermeiros (Tabela 27). Destacam-se entre os profissionais de nível médio (81,6%), farmacêuticos (58,1%) e técnicos de enfermagem (57,7%).

Tabela 27 - Categorias que participaram de processos de atualização no último ano, nos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV no Brasil, 2010 (N = 659)

Categoria profissional*	%
Médicos	83,8
Enfermeiros	81,6
Assistentes sociais	45,2
Psicólogos	47,3
Nutricionistas	11,5
Dentistas	16,2
Farmacêuticos	58,1
Auxiliares/técnicos de enfermagem	57,7
Auxiliares/técnicos em odontologia	9,0
Pessoal administrativo	30,7
Auxiliares de serviços gerais (limpeza)	11,5
Nenhuma categoria	3,5
Outros	10,5

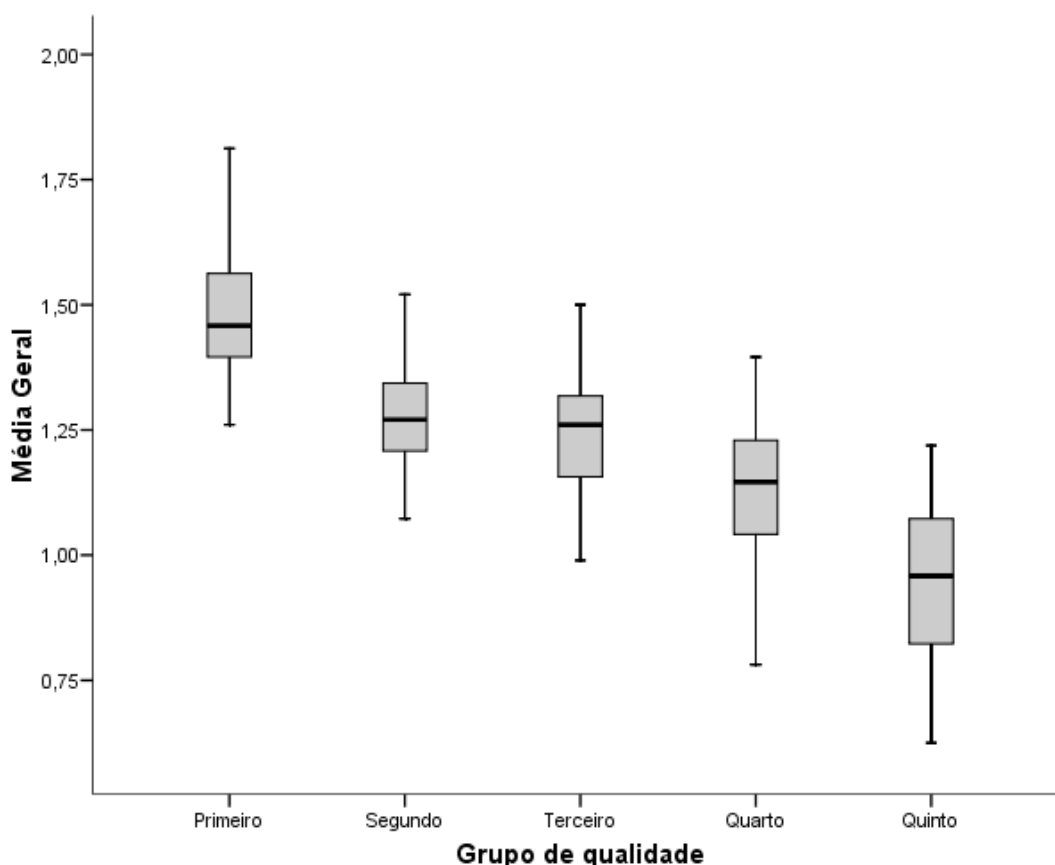
*Questão de múltipla escolha

Ainda em relação à atualização da equipe, a maioria dos serviços referiu que disponibiliza material para consulta da equipe (92,1%), entretanto apenas 38,5% disse possuir espaço físico reservado para a leitura.

4.3. Avaliação da qualidade dos serviços

Os serviços foram ranqueados de acordo com a média de pontuação obtida em todas as questões e agrupados por meio da técnica de K-média. A análise resultou na sua estratificação em cinco grupos de níveis decrescentes de qualidade, sendo o primeiro o de melhor qualidade e o quinto, o de pior qualidade. No Gráfico 1 pode-se observar as diferenças entre os cinco grupos segundo as médias gerais obtidas pelos serviços em cada grupo, incluindo mediana e quartis.

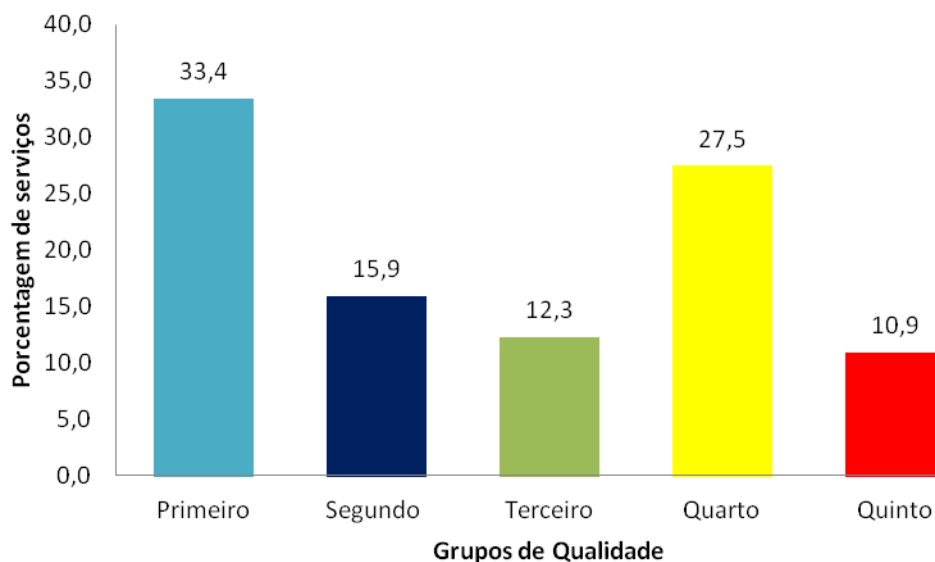
Gráfico 1. Médias Gerais dos Serviços nos Cinco Grupos de Qualidade, Brasil, 2010 (N = 641)



A distribuição dos serviços nos cinco grupos de qualidade está representada no Gráfico 2. O primeiro e quarto grupos concentraram as maiores proporções de unidades, com 214 (33,4%) e 176 (27,5%)

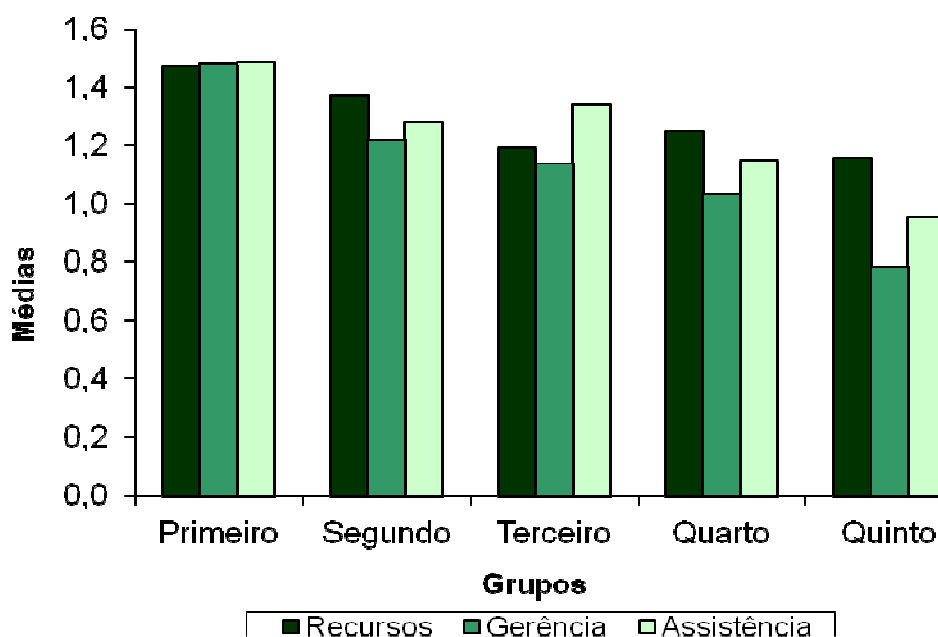
respectivamente. No segundo grupo ficaram 102 serviços, no terceiro 79 e no quinto, 70.

Gráfico 2. Distribuição dos Serviços nos Cinco Grupos de Qualidade, Brasil, 2010 (N = 641)



A composição interna de cada grupo quanto às três dimensões da qualidade avaliadas está representada no Gráfico 3. Nota-se que o primeiro grupo é mais homogêneo, possui as médias mais altas nas três dimensões, com valores muito próximos umas das outras. O segundo grupo apresenta médias decrescentes; sendo a mais alta em disponibilidade de recursos, seguida da organização da assistência e gerenciamento do trabalho. Possivelmente esta alta média em recursos tencionou as demais e classificou o grupo em segundo lugar. O terceiro grupo se destaca por apresentar média de assistência mais alta que a do segundo. Aqui também se supõe que esta média alta foi responsável por classificar este grupo em terceiro lugar, a despeito de conter a média mais baixa dos 4 primeiros grupos na dimensão recursos. O quarto grupo, embora possua média de recursos melhor que a do terceiro, possui baixas médias de gerência e assistência. Por último, o quinto grupo detém as médias mais baixas das três dimensões, com menores valores em assistência e principalmente em gerência.

Gráfico 3. Grupos de qualidade segundo as médias nas três dimensões de qualidade, Brasil, 2010 (N = 641)



As diferenças entre os cinco grupos em relação às médias das três dimensões foram todas estatisticamente significativas, conforme mostrado na Tabela 28:

Tabela 28 - Distribuição das médias por dimensão segundo os grupos de qualidade, Brasil, 2010 (N = 641)

Grupos	Recursos		Gerência		Assistência		Geral		N
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Primeiro	1,47	0,17	1,48	0,16	1,48	0,14	1,48	0,11	214
Segundo	1,37	0,19	1,22	0,19	1,28	0,16	1,28	0,10	102
Terceiro	1,19	0,21	1,14	0,22	1,34	0,14	1,24	0,12	79
Quarto	1,25	0,19	1,04	0,20	1,15	0,15	1,13	0,12	176
Quinto	1,16	0,26	0,78	0,22	0,95	0,17	0,94	0,15	70
p*	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		

* Teste Kruskal-Wallis

As diferenças observadas entre os grupos de melhor e pior qualidade foram significativas para a grande maioria das questões, diferenciando-os entre si nas três dimensões avaliadas, como mostram as Tabelas 29, 30 e 31 a seguir.

Tabela 29 - Médias das questões de recursos segundo grupos de qualidade, Brasil, 2010 (N = 641)

QUESTÃO	GRUPOS DE QUALIDADE										p*	Diferença entre o 1º e o 5º
	Primeiro		Segundo		Terceiro		Quarto		Quinto			
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
R10	1,85	0,41	1,69	0,58	1,67	0,59	1,38	0,73	1,03	0,85	0,000	0,82
R11	1,42	0,59	1,33	0,53	1,39	0,59	1,26	0,60	1,34	0,61	0,102	0,08
R14	1,53	0,57	1,57	0,54	1,23	0,66	1,28	0,67	1,40	0,67	0,000	0,13
R15	0,73	0,90	0,33	0,68	1,37	0,88	1,03	0,95	0,47	0,85	0,000	0,26
R16	1,82	0,56	1,65	0,67	1,89	0,45	1,87	0,49	1,33	0,90	0,000	0,49
R34	0,76	0,89	0,91	0,89	0,77	0,91	0,42	0,74	0,67	0,90	0,000	0,09
R67	1,56	0,65	1,34	0,72	1,16	0,71	1,39	0,73	1,33	0,74	0,000	0,23
R69	1,76	0,55	1,87	0,36	1,18	0,86	1,58	0,68	1,66	0,66	0,000	0,10
R72	1,36	0,87	1,25	0,89	0,92	0,96	1,41	0,85	1,17	0,95	0,001	0,19
R74	1,22	0,71	1,16	0,74	0,65	0,60	0,80	0,65	0,76	0,69	0,000	0,46
R75	1,10	0,71	1,18	0,80	0,96	0,65	0,94	0,71	1,04	0,81	0,045	0,06
R76	0,82	0,76	0,96	0,82	0,49	0,71	0,51	0,62	0,67	0,81	0,000	0,15
R77	1,52	0,68	1,35	0,70	0,92	0,81	1,30	0,69	1,10	0,80	0,000	0,42
R78	1,85	0,41	1,85	0,38	1,80	0,52	1,72	0,55	1,69	0,58	0,032	0,16
R79	1,77	0,53	1,81	0,48	1,73	0,59	1,70	0,57	1,60	0,67	0,083	0,17
R8	1,26	0,55	1,22	0,61	0,96	0,37	1,03	0,43	0,79	0,66	0,000	0,48
R80	1,57	0,61	1,03	0,78	0,92	0,76	1,23	0,79	0,81	0,73	0,000	0,76
R81	1,95	0,28	1,98	0,14	1,81	0,56	1,79	0,55	1,87	0,48	0,000	0,08
R82	1,83	0,56	1,73	0,69	1,09	1,00	1,33	0,95	1,34	0,95	0,000	0,49
R83	1,87	0,41	1,65	0,61	1,19	0,91	1,39	0,81	1,47	0,79	0,000	0,40
R89	1,29	0,79	0,79	0,81	0,91	0,87	0,62	0,78	0,77	0,89	0,000	0,51
R92	1,58	0,54	1,49	0,63	1,18	0,64	1,43	0,66	1,14	0,84	0,000	0,44

* Teste Kruskal-Wallis

Tabela 30 - Médias das questões de assistência segundo grupos de qualidade, Brasil, 2010

(N = 641)*

QUESTÃO	GRUPOS DE QUALIDADE										p*	Diferença entre o 1º e o 5º
	Primeiro		Segundo		Terceiro		Quarto		Quinto			
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
A12	1,84	0,38	1,58	0,59	1,84	0,41	1,81	0,43	1,61	0,60	0,000	0,23
A23	1,86	0,46	1,66	0,74	1,87	0,43	1,66	0,73	1,37	0,94	0,000	0,48
A24	1,97	0,21	1,84	0,52	2,00	0,00	1,88	0,43	1,69	0,73	0,000	0,29
A25	1,80	0,49	1,00	0,91	1,92	0,35	1,69	0,67	1,20	0,93	0,000	0,60
A26	1,77	0,54	1,37	0,87	1,52	0,75	1,51	0,74	1,03	0,96	0,000	0,74
A27	1,85	0,44	1,74	0,61	1,78	0,50	1,54	0,67	1,23	0,90	0,000	0,62
A28	0,53	0,85	0,56	0,84	0,78	0,93	0,45	0,78	0,44	0,71	0,068	0,09
A29	1,93	0,38	1,90	0,43	1,87	0,49	1,78	0,62	1,94	0,34	0,034	0,02
A30	1,56	0,59	1,30	0,67	1,59	0,54	1,62	0,56	1,46	0,72	0,001	0,10
A31	1,12	0,78	0,96	0,76	1,23	0,75	1,07	0,72	0,69	0,73	0,000	0,44
A32	1,48	0,82	0,85	0,91	1,59	0,74	1,20	0,87	0,33	0,61	0,000	1,15
A33	0,52	0,75	0,25	0,52	0,22	0,44	0,16	0,39	0,10	0,39	0,000	0,42
A35	1,18	0,76	1,42	0,62	1,47	0,64	1,11	0,79	1,36	0,72	0,000	0,18
A36	1,07	1,00	1,53	0,85	1,22	0,98	0,32	0,73	1,14	1,00	0,000	0,08
A37	1,89	0,45	1,86	0,49	1,82	0,57	1,67	0,74	1,79	0,54	0,003	0,11
A38	0,98	0,69	0,74	0,66	0,62	0,63	0,61	0,59	0,54	0,61	0,000	0,44
A39	1,29	0,73	1,27	0,75	0,99	0,78	0,80	0,70	0,87	0,66	0,000	0,42
A40	1,27	0,81	1,09	0,83	0,68	0,81	0,31	0,58	0,40	0,62	0,000	0,87
A41	1,60	0,63	1,49	0,70	1,37	0,82	0,88	0,88	1,00	0,92	0,000	0,60
A42	1,37	0,63	1,71	0,48	1,46	0,59	0,85	0,64	1,21	0,70	0,000	0,16
A43	1,06	1,00	1,29	0,96	1,27	0,97	0,32	0,73	1,14	1,00	0,000	0,09
A44	1,66	0,53	1,62	0,56	1,63	0,60	1,13	0,64	1,27	0,70	0,000	0,39
A45	1,62	0,57	1,68	0,60	1,30	0,61	1,57	0,60	1,59	0,65	0,000	0,04
A46	1,58	0,82	1,29	0,96	1,72	0,70	1,66	0,75	1,23	0,98	0,000	0,35
A47	1,60	0,80	1,47	0,89	1,27	0,97	0,98	1,00	0,66	0,95	0,000	0,94
A48	1,18	0,66	1,03	0,59	0,85	0,58	0,60	0,55	0,60	0,57	0,000	0,58
A49	1,29	0,96	1,18	0,99	1,54	0,84	1,13	0,99	1,26	0,97	0,025	0,03
A50	1,67	0,53	1,67	0,57	1,19	0,66	1,18	0,64	0,91	0,70	0,000	0,76
A51	1,44	0,75	1,26	0,73	1,33	0,78	1,02	0,84	1,24	0,82	0,000	0,20
A52	1,56	0,70	0,89	0,81	1,65	0,62	1,45	0,76	0,40	0,71	0,000	1,16
A53	1,87	0,50	1,69	0,73	1,85	0,53	1,58	0,82	1,54	0,85	0,000	0,33
A54	1,31	0,61	0,75	0,62	1,44	0,57	1,15	0,69	0,73	0,70	0,000	0,58
A57	1,79	0,61	1,47	0,89	1,65	0,77	1,68	0,73	1,29	0,97	0,000	0,51
A58	1,35	0,94	1,18	0,99	0,89	1,00	1,38	0,93	0,71	0,97	0,000	0,63
A59	1,58	0,71	1,52	0,71	1,38	0,79	1,07	0,79	1,03	0,80	0,000	0,56
A60	1,34	0,70	0,67	0,72	1,19	0,79	0,97	0,78	0,31	0,60	0,000	1,03
A61	1,49	0,63	0,85	0,70	1,16	0,74	1,06	0,62	0,34	0,63	0,000	1,14
A62	1,87	0,42	1,40	0,81	1,65	0,70	1,63	0,70	0,47	0,77	0,000	1,40
A63	1,34	0,76	0,68	0,76	0,49	0,70	0,57	0,71	0,24	0,43	0,000	1,10
A64	1,36	0,83	1,05	0,75	0,70	0,82	0,64	0,78	0,39	0,60	0,000	0,97
A65	1,51	0,72	1,33	0,68	0,76	0,80	0,85	0,79	0,64	0,72	0,000	0,87
A66	1,80	0,51	1,60	0,58	1,62	0,58	1,61	0,59	1,14	0,67	0,000	0,66
A68	1,70	0,60	1,40	0,73	1,34	0,73	1,28	0,70	0,47	0,65	0,000	1,23

*Teste Kruskal-Wallis

**Tabela 31 - Médias das questões de gerência segundo grupos de qualidade, Brasil, 2010
(N=641)**

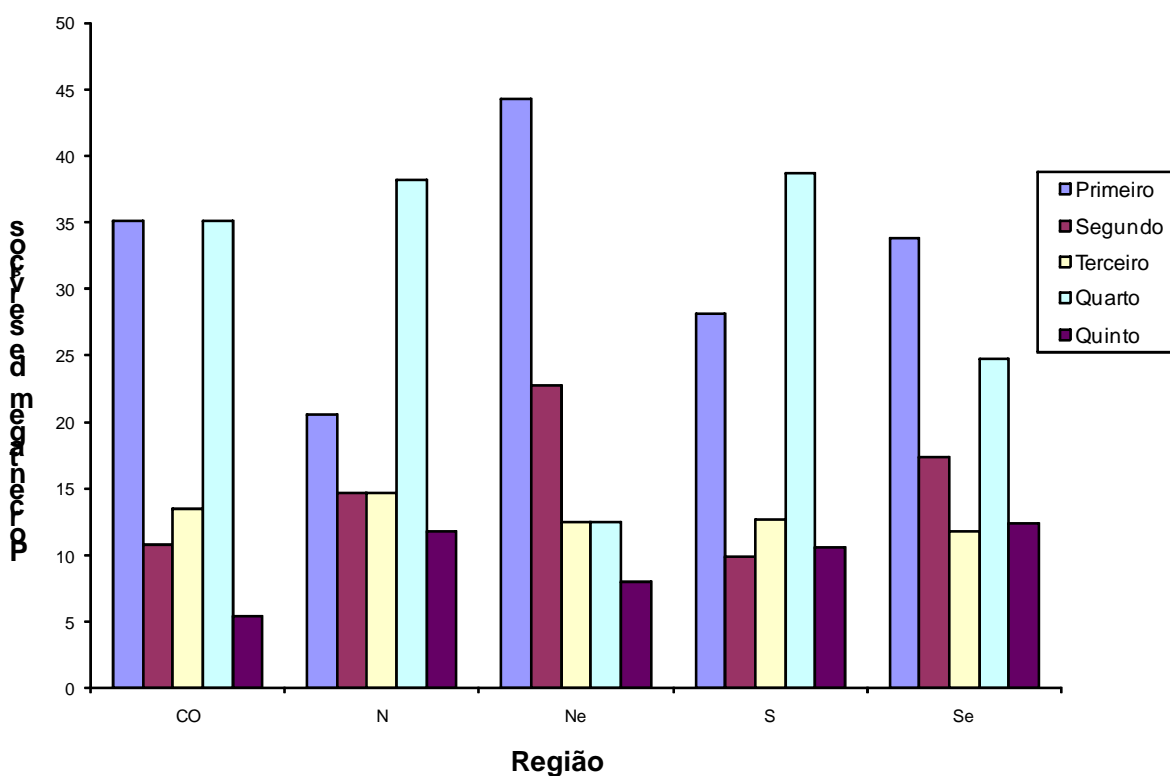
QUESTÃO	GRUPOS DE QUALIDADE										p*	Diferença entre o 1o e o 5o
	Primeiro		Segundo		Terceiro		Quarto		Quinto			
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
G100	1,80	0,58	1,09	0,96	1,38	0,88	1,35	0,91	0,33	0,72	0,000	1,47
G102	1,29	0,62	1,37	0,53	1,14	0,57	1,10	0,63	1,03	0,51	0,000	0,26
G103	1,55	0,76	1,05	0,91	1,06	0,88	0,48	0,72	0,20	0,55	0,000	1,35
G104	1,91	0,35	1,54	0,66	1,66	0,68	1,22	0,82	0,74	0,83	0,000	1,16
G105	1,86	0,44	1,84	0,50	1,51	0,81	1,15	0,94	1,54	0,83	0,000	0,32
G106	1,38	0,93	1,10	1,00	0,43	0,83	0,39	0,79	0,43	0,83	0,000	0,95
G107	1,93	0,36	1,65	0,77	1,37	0,94	1,57	0,83	0,40	0,81	0,000	1,53
G17	0,64	0,72	1,14	0,73	0,46	0,66	0,43	0,59	0,87	0,74	0,000	0,23
G18	1,76	0,65	1,84	0,54	1,82	0,57	1,59	0,81	1,63	0,78	0,012	0,13
G19	1,50	0,69	0,99	0,80	0,97	0,83	1,12	0,80	0,51	0,68	0,000	0,99
G20	1,29	0,90	1,06	0,94	1,27	0,93	1,10	0,96	1,01	0,96	0,070	0,28
G21	1,03	0,87	0,54	0,68	0,77	0,77	0,56	0,71	0,31	0,58	0,000	0,72
G22	1,72	0,47	1,76	0,53	1,65	0,51	1,48	0,59	1,53	0,65	0,000	0,19
G55	1,78	0,63	1,49	0,88	1,70	0,72	1,49	0,87	1,20	0,99	0,000	0,58
G56	1,11	0,66	0,60	0,62	0,85	0,62	0,95	0,71	0,40	0,55	0,000	0,71
G70	1,97	0,24	1,98	0,20	1,44	0,89	1,89	0,44	1,73	0,66	0,000	0,24
G71	1,69	0,72	1,51	0,86	1,04	1,01	1,67	0,74	1,31	0,96	0,000	0,38
G84	1,85	0,38	1,59	0,60	1,58	0,59	1,55	0,59	1,14	0,64	0,000	0,71
G85	1,73	0,69	1,14	1,00	1,52	0,86	1,48	0,88	0,43	0,83	0,000	1,30
G86	1,54	0,51	1,34	0,57	1,29	0,60	1,18	0,57	1,06	0,68	0,000	0,48
G87	0,80	0,85	0,54	0,80	0,41	0,78	0,18	0,48	0,49	0,81	0,000	0,31
G88	1,03	0,85	0,88	0,97	0,53	0,77	0,50	0,78	0,21	0,59	0,000	0,81
G90	1,37	0,51	1,75	0,50	1,06	0,58	1,13	0,57	1,19	0,87	0,000	0,18
G91	1,20	0,65	0,83	0,81	0,99	0,65	0,97	0,74	0,76	0,88	0,000	0,44
G93	0,96	0,79	0,65	0,82	0,73	0,89	0,24	0,57	0,30	0,64	0,000	0,66
G94	1,83	0,56	1,35	0,94	1,57	0,83	1,07	1,00	0,69	0,96	0,000	1,15
G95	1,28	0,95	0,99	0,99	0,65	0,89	0,49	0,84	0,60	0,89	0,000	0,68
G96	0,75	0,75	0,52	0,77	0,25	0,63	0,34	0,72	0,13	0,41	0,000	0,62
G97	1,61	0,73	1,23	0,92	1,16	0,90	0,79	0,91	0,79	0,96	0,000	0,82
G98	1,91	0,42	1,04	1,00	1,57	0,83	1,34	0,94	0,71	0,97	0,000	1,19
G99	1,88	0,42	1,27	0,85	1,43	0,80	1,35	0,82	0,53	0,76	0,000	1,35

* Teste Kruskal-Wallis

A distribuição dos grupos de qualidade nas cinco regiões geográficas brasileiras está apresentada no Gráfico 4. A maioria dos serviços pertence ao primeiro e ao quarto grupos de qualidade e esta distribuição se repete no território nacional. Esses dois grupos concentram a maior porcentagem de serviços em quase todas as regiões, com exceção do Nordeste onde há menor

proporção de serviços do quarto grupo. A região Nordeste detém as maiores porcentagens de serviços pertencentes ao primeiro e ao segundo grupos de qualidade. A maior porcentagem de serviços do terceiro grupo está na região Norte, onde também está localizada a menor proporção de serviços do primeiro grupo. O Sul tem a maior proporção de serviços do quarto grupo e o Sudeste, do quinto grupo.

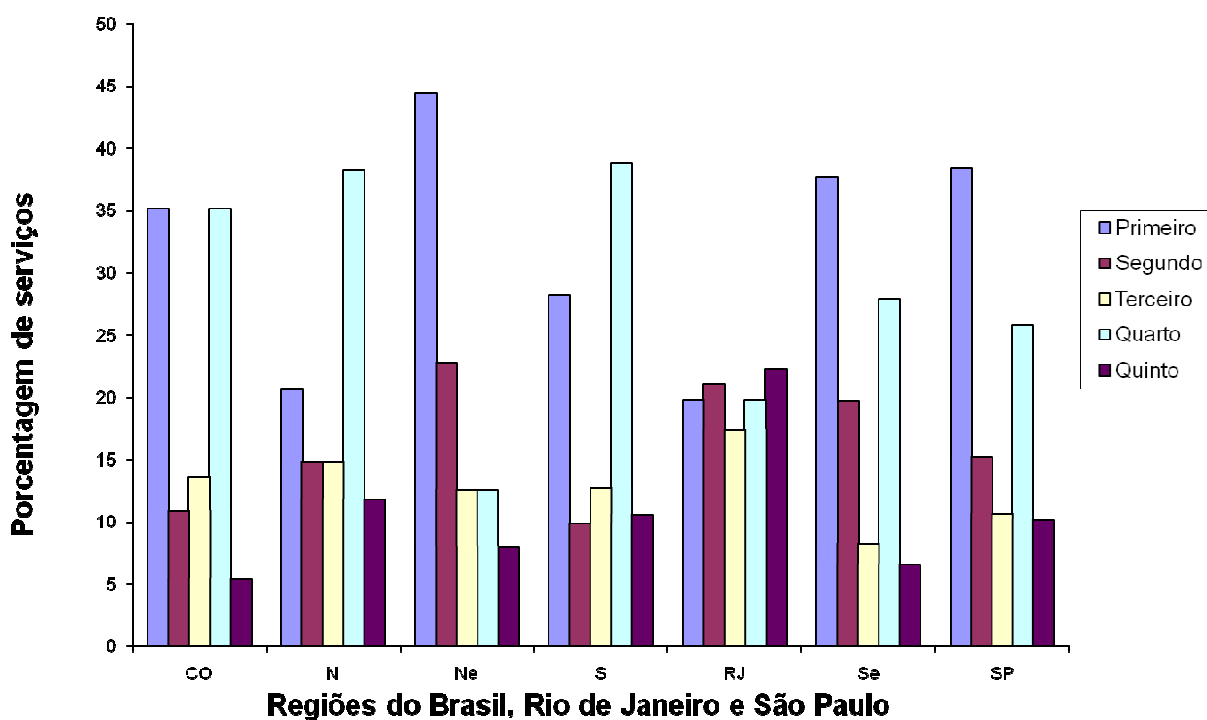
Gráfico 4: Distribuição dos Grupos de Qualidade Segundo Região Brasileira, 2010 (N = 641)



No Gráfico 5, São Paulo e Rio de Janeiro foram analisados separadamente da região Sudeste, dado ao alto número de serviços participantes nestes dois estados. A região sudeste praticamente não alterou seu perfil com a saída dos serviços destes dois Estados. No Estado de São Paulo a distribuição dos grupos de qualidade se mantém semelhante à da região sudeste, é heterogênea e apresenta maior proporção de serviços

alocados no primeiro e quarto grupos de qualidade. O Estado do Rio de Janeiro apresenta perfil bem distinto da região sudeste, com distribuição mais homogênea de serviços nos grupos que contém quase o mesmo número de unidades. O Rio de Janeiro apresenta a maior proporção de serviços no terceiro e quinto grupos de qualidade, em relação às demais regiões.

Gráfico 5: Distribuição dos Grupos de Qualidade Segundo Regiões do Brasil, São Paulo e Rio de Janeiro, Brasil, 2010 (N = 641)



5. COMPARAÇÃO ENTRE RESULTADOS DAS APLICAÇÕES DO QUALIAIDS DE 2007 E 2010

5.1. Comparação da avaliação no universo respondente em 2007 e em 2010

Esta análise considerou o conjunto dos respondentes no ano de 2007 e no ano de 2010. Foram observadas as diferenças na distribuição dos serviços de acordo com o perfil e a caracterização segundo as dimensões avaliadas em ambas as aplicações.

Para tanto, foi calculada a diferença entre as porcentagens de respostas obtidas nos dois anos para todas as alternativas das 107 perguntas do questionário. O cálculo da diferença foi feito a partir da fórmula abaixo, em que “X” corresponde à porcentagem de respostas em 2007 e “Y”, à porcentagem de respostas em 2010:

$$\frac{(Y - X) \times 100}{X} = \text{variação percentual observada}$$

Por exemplo: a disponibilidade de exames de carga viral em até 15 dias ocorreu em 19,1% dos serviços em 2007 e passou a ocorrer em 23,1% dos serviços em 2010. A diferença entre os dois anos (4%) corresponde a 20,9% do valor obtido em 2007 ($23,1 - 19,1 / 19,1 \times 100 = 20,9\%$).

Embora o cálculo da diferença tenha sido aplicado a todas as perguntas do questionário, foram aqui apresentadas apenas as características que mais chamaram atenção na comparação. As características foram selecionadas em função da alta variação (superior a 10%) entre os dois períodos ou pela ausência de variação em indicadores relevantes para a caracterização dos serviços.

Nas tabelas destacam-se em negrito as variações entre os dois anos superiores a 10%. Ressalta-se que as características apresentadas nas tabelas não foram agrupadas de acordo com as perguntas do questionário, mas sim segundo os critérios avaliativos selecionados para a comparação, por exemplo, acesso físico ao serviço e composição da equipe local. Cada critério pode reunir alternativas selecionadas de uma ou mais perguntas do questionário.

Há também características compostas a partir da junção de mais de uma alternativa da mesma questão. Por exemplo, a característica “equipe com pelo menos um médico” foi composta a partir de duas alternativas da mesma pergunta, referente à quantidade de médicos responsáveis pelo seguimento ambulatorial de rotina no serviço: número de infectologistas (alternativa 1) e número de clínicos (alternativa 2).

5.1.1. Perfil dos serviços

Em relação à aplicação de 2007 observa-se em 2010 um aumento de 30,8% no conjunto de serviços que responderam ao questionário. Na Tabela 32 nota-se o aumento da participação de serviços das regiões Norte, Nordeste e Sudeste e a diminuição da proporção de serviços localizados na região Sul e no estado do Rio de Janeiro.

Tabela 32 - Participação dos serviços na avaliação Qualiaids segundo regiões brasileiras e estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Brasil, 2007-2010

Região	Serviços Existentes (2007)	Serviços que Responderam (2007)	Taxa de Resposta em 2007 (%)	Serviços Existentes (2010)	Serviços que Responderam (2010)	Taxa de Resposta em 2010 (%)	Variação da Taxa de Resposta (%)
Norte	29	13	41,4	39	37	94,8	129,0
Nordeste	66	55	83,3	89	88	98,8	18,6
Centro-Oeste	36	31	86,1	40	39	97,5	13,2
Sul	145	135	93,1	170	151	88,8	-4,6
Sudeste (exceto SP e RJ)	63	40	63,5	72	61	84,5	33,1

RJ	103	87	84,5	102	83	81,4	-3,7
SP	193	143	74,1	200	200	100,0	35,0
Total	636	504	79,2	712	659	92,6	16,9

No período de 2007 a 2010 houve redução da proporção de ambulatórios de HIV/aids inseridos UBS, hospitais e em capitais ou municípios com mais de 400 mil habitantes, (Tabela 33). Neste mesmo período aumentou o número de serviços de HIV/aids inseridos em ambulatórios de especialidades, entretanto a distribuição o número de pacientes atendidos nos serviços permaneceu semelhante a de 2007.

Tabela 33 - Caracterização dos serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV nas avaliações Qualiaids de 2007 (N = 504) e 2010 (N = 659), Brasil

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	Serviços (%)		Variação (%)
	2007	2010	
Tamanho do município			
< 400 mil habitantes	68,8	73,6	7,0
> 400 mil habitantes ou capitais	32,2	26,4	-18,0
Tipo de serviço			
Ambulatório de assistência a várias especialidades	35,8	40,5	13,2
Ambulatório de assistência especializada às pessoas vivendo com HIV (ambulatório de HIV/Aids exclusivo)	31,5	34,1	8,4
Ambulatório vinculado a Hospital	10,8	9,7	-10,1
Unidade básica de saúde	17,0	14,4	-15,2
Porte dos serviços (Nº de pacientes em acompanhamento)			
0 a 50	24,2	23,1	-4,5
51 a 100	11,4	11,7	2,6
101 a 500	35,9	37,1	3,1
>500	27,0	26,3	-1,5

5.1.2. Características dos serviços segundo as dimensões avaliadas

5.1.2.1. Disponibilidade de recursos

Em relação ao acesso físico, a frequência de serviços abertos ao público cinco ou mais dias da semana manteve-se acima de 80% nos dois períodos e, houve aumento dos serviços abertos por oito ou mais horas ao dia no ano de 2010 (Tabela 34).

Tabela 34 – Acesso físico aos ambulatórios que assistem adultos que vivem com HIV, avaliações Qualiaids de 2007 (N = 504) e 2010 (N = 659), Brasil.

ACESSO FÍSICO	Serviços (%)		Variação (%)
	2007	2010	
Fácil acessibilidade por transporte público	91,4	94,2	3,1
Funcionamento 5 dias por semana	81,5	83,6	2,5
Funcionamento 8 ou mais horas ao dia	72,1	81,6	13,0

Não houve alterações em relação à composição da equipe com exceção da redução mais expressiva de serviços que possuem ao menos um dentista (Tabela 35). Destaca-se que houve diminuição na prontidão (encaminhamento em tempo menor de 15 dias) de referenciamento para especialidades.

Tabela 35. Composição da equipe e disponibilidade de especialidades nos serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV nas avaliações Qualiaids de 2007 (N = 504) e 2010 (N = 659), Brasil

Composição da equipe local	Serviços (%)		Variação (%)
	2007	2010	
Pelo menos um infectologista	69,7	71,9	3,2
Pelo menos um enfermeiro	88,4	91,1	3,0
Pelo menos um psicólogo	79,3	78,2	-1,4
Pelo menos um assistente social	79,1	75,7	-4,3
Pelo menos um farmacêutico	79,3	81,3	2,5
Pelo menos um dentista	57,8	51,3	-11,3
Equipe com apenas um médico (infectologista ou clínico)	39,3	40,2	2,3
Equipe com pelo menos 1 psicólogo, 1 enfermeiro e 1 assistente social	61,7	64,8	5,0
Disponibilidade de especialidades em até 15 dias			
Ginecologista	75	70,1	-6,5
Psiquiatra	39,7	29,3	-26,2
Neurologista	25,4	17,6	-30,7
Proctologista	19,8	14,9	-24,7
Cardiologista	37,7	32,3	-14,3
Oftalmologista	34,5	29,9	-13,3
Cirurgião geral	27,8	23,7	-14,7
Odontologia	64,9	61,2	-5,7
Psicologia	78	75,4	-3,3
Serviço social	86,2	85,6	-0,7

No período de 2001 a 2010 aumentou a prontidão (disponibilidade de menor que 15 dias) dos resultados para exames de contagem de CD4, carga viral, testes Anti-HIV (Elisa) e Western-Blot (Tabela 36). A disponibilidade de três ou mais exames por paciente/ano de contagem de CD4 e de carga viral manteve-se alta. Os exames laboratoriais mais utilizados para o acompanhamento da toxicidade dos medicamentos e que necessitam maior prontidão mantiveram-se disponíveis, em média, em torno de 78% dos

serviços. Exames de imagem simples, como raio-X, mantiveram disponibilidade alta, enquanto os mais complexos continuaram menos disponíveis.

Tabela 36 - Disponibilidade de exames nos serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV, nas avaliações Qualiaids de 2007 (N = 504) e 2010 (N = 659), Brasil

DISPONIBILIDADE DE EXAMES EM ATÉ 15 DIAS	Serviços (%)		Variação (%)
	2007	2010	
Exames laboratoriais			
Contagem de linfócitos T-CD4	28,5	31,7	11,2
RNA-HIV (Carga Viral)	19,1	23,1	20,9
Hemograma	80,6	80,0	-0,7
Uréia	78,5	79,5	1,3
TGO/TGP	76,9	78,1	1,6
Amilase	74,7	73,1	-2,1
Bilirrubina/frações	77,4	76,3	-1,4
Colesterol	78,2	79,5	1,7
Creatinina	78,7	79,4	0,9
Glicose	79,7	80,1	0,5
Triglicérides	78,5	78,9	0,5
Urina I/EAS	79,5	80,1	0,8
Teste Anti-HIV (Elisa)	47,2	55,3	17,2
Teste Western-Blot	20,3	26,8	32,0
Exames de imagem			
Raio-X Torax	84,1	81,0	-3,7
Raio-X Seios da face	81,0	77,2	-4,7
Raio-X Abdome	78,7	76,9	-2,3
Tomografia	19,8	22,0	11,1
EDA (Endoscopia Digestiva Alta)	34,1	32,2	-5,6
CD4 e carga viral HIV (3 ou + exames por paciente/ano)			
T-CD4	75,7	80,9	6,9
Carga viral	71,8	77,8	8,4

A disponibilidade de antirretrovirais permaneceu alta para todos os medicamentos, observando-se redução geral nas falhas de até uma semana no suprimento. Houve também redução nas falhas por mais de 15 dias no suprimento de sulfametoxazol+trimetropina, medicamento mais utilizado para profilaxia e tratamento de infecções oportunistas.

5.1.2.2. Organização da assistência

Em relação ao atendimento médico, os serviços permanecem com problemas no agendamento e a prática de marcar todos os pacientes no início do turno se mantém a mais freqüente (Tabela 37). Houve aumento na proporção de serviços que agendam 16 ou mais consultas por médico, por período de quatro horas. O tempo de duração de 15 minutos para consulta médica de retorno ainda é predominante nos serviços e diminuíram o número de unidades em os casos novos têm tempo de duração maior que 45 minutos. O relato de que usuários não agendados são sempre atendidos (independente da existência de vaga na agenda) manteve-se em mais da metade dos serviços. É possível constatar que ainda é muito baixo o agendamento de rotina para ginecologista e dentista.

Tabela 37 - Organização da assistência médica e odontológica nos serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV nas avaliações Qualiaids de 2007 (N = 504) e 2010 (N = 659), Brasil

ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO	Serviços (%)		Variação (%)
	2007	2010	
Agendamento de consulta médica			
Hora marcada para cada paciente	27,4	26,9	-2,0
Grupos de pacientes por hora (por blocos)	14,7	14,3	-3,0
Todos os pacientes no início do turno	45,7	45,8	-0,3
Nº de consultas por período de 4 h			
10 consultas ou menos	65,1	60,8	-6,6
12 consultas	19,8	20,6	4,2
16 ou mais consultas	14,4	16,4	13,9
Tempo de duração da consulta médica de retorno			
15 minutos	49,4	52,8	6,9
≥ 30 minutos	49,8	45,5	-8,6
Tempo de duração da consulta médica de casos novos			
≥ 45 minutos	44,8	39,6	-11,6
Atendimento de pacientes “extras” ou não agendados			
Os pacientes são sempre atendidos, independentemente da existência de vagas na agenda	59,3	54,9	-7,4
Há reserva de vagas na agenda dos médicos	35,1	38,4	9,4
O serviço dispõe de médico(s) específico(s) para pronto atendimento a pacientes HIV/aids	6,0	7,4	23,9
Agendamento de rotina (avaliação periódica mesmo na ausência de queixas)			
Para ginecologista	33,4	31,4	-6,0
Para dentista	13,6	12,4	-8,5

Não houve alteração na proporção de serviços que possuem padronizações de condutas (protocolos) para o primeiro atendimento na instituição, consulta médica inicial e atendimento de condições específicas

como, por exemplo, co-infecção tuberculose/HIV, gestantes ou acidente ocupacional (Tabela 38). Houve aumento na utilização de protocolo no atendimento de outros profissionais de nível universitário. A forma de encaminhamento entre profissionais permanece semelhante em relação à aplicação anterior.

Tabela 38 - Organização geral do trabalho nos serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV, nas avaliações Qualiaids de 2007 (N = 504) e 2010 (N = 659), Brasil

Utilização de protocolos	Serviços (%)		Variação (%)
	2007	2010	
Primeiro atendimento	51,5	54,3	5,5
Consulta médica inicial	44,8	44,6	-0,4
Para a consulta médica de retorno	25,0	26,6	6,2
Atendimento de outros profissionais de nível universitário	28,4	32,5	14,3
No atendimento a condições específicas	56,3	54,2	-3,8
Encaminhamento entre profissionais da equipe			
O médico é quem encaminha	70,3	66,0	-6,1
Todos os profissionais encaminham para todos	67,5	67,7	0,3
Os pacientes são obrigatoriamente atendidos, pelo menos uma vez, pelos diferentes profissionais da equipe básica	29,5	30,8	4,4

Não foram observadas alterações significativas no desenvolvimento das atividades conduzidas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos, que em poucas exceções ampliaram as atuações para além de suas atribuições clássicas, conforme demonstrado na Tabela 39.

Tabela 39 - Organização da assistência de outras categorias profissionais nos serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV, nas avaliações Qualiaids de 2007 (N = 504) e 2010 (N = 659), Brasil

ATIVIDADES REALIZADAS PELAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS	Serviços (%)		Variação (%)
	2007	2010	
Auxiliar/técnico de enfermagem			
Verificação de queixas agudas	51,5	59,9	16,4
Orientação sobre o uso de preservativos	52,8	58,1	10,1
Distribuição de preservativos	58,2	64,9	11,6
Discussão sobre as dificuldades de adesão	36,9	42,2	14,3
Enfermeiro			
Recepção e acolhimento de casos novos	70,7	81,6	15,5
Triagem de intercorrências	67,2	74,7	11,1
Notificação epidemiológica	64,0	72,5	13,3
Visita domiciliar	45,5	52,5	15,4
Realização de grupos de adesão	22,4	21,9	-2,23
Realização de grupos sobre outros	24,4	21,2	-13,1
Ações realizadas na consulta do enfermeiro			
Orientação sobre uso correto de medicação	69,4	77,2	11,3
Discussão sobre adesão	65,3	74,8	14,6
Orientação sobre uso de preservativos	70,7	80,6	14,0
Orientação sobre concepção / contracepção	52,4	65,9	25,7
Atendimento às DST (abordagem sindrômica)	50,9	56,4	10,9
Atendimento aos casos de exposição ocupacional	54,5	63,4	16,4
Psicólogo			
Atendimento conjunto com médico	36,9	39,5	7,0
Psicoterapia individual	75,4	71,8	-4,8
Grupos de adesão	30,0	29,6	-1,3
Visita domiciliar	28,7	30,2	5,2
Suporte para a equipe técnica do serviço	31,3	36,6	16,8
Triagem de intercorrências	22,6	27,2	20,2
Assistente social			
Recepção e acolhimento de casos novos	52,2	49,8	-4,6
Orientação sobre direitos civis e previdenciários	70,5	67,1	-4,8
Encaminhamentos para benefícios sociais	75,9	70,7	-6,9
Grupos de adesão	26,7	24,9	-6,7
Atividades de reinserção social e/ou geração de renda	28,4	31,1	9,5
Visita domiciliar	41,6	50,1	20,4
Farmacêutico			
Controle do suprimento e dispensação dos medicamentos	78,2	78,3	0,1
Orientação individual quanto ao uso da medicação	54,3	62,4	14,9
Supervisão e orientação da equipe médica sobre ARV	26,3	32,3	22,9
Controle de faltosos	33,4	38,5	15,4
Grupos de adesão	11,4	12,3	7,9

A pré-consulta, quando ocorre, ainda é conduzida predominantemente pelo técnico de enfermagem, mesmo considerando o aumento na participação do enfermeiro. As atividades mais realizadas durante a pré e a pós-consulta permanecem semelhantes, mas outros tipos de atividade passaram a ser mais citadas pelos serviços, como mostra a Tabela 40.

Tabela 40 – Organização da pré e pós-consultas nos serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV, nas avaliações Qualiaids de 2007 (N = 504) e 2010 (N = 659), Brasil

PRÉ E PÓS-CONSULTA	Serviços (%)		Variação (%)
	2007	2010	
Responsável pela pré-consulta			
Auxiliar/técnico de enfermagem	40,9	41,6	1,7
Outro profissional de nível superior	12,7	10,5	-17,6
Enfermeiro	12,5	20,6	65,1
Finalidade da pré-consulta			
Aferir peso e/ou pressão arterial	63,1	69,0	9,4
Verificar queixas agudas e definir prioridades de atendimento	51,3	63,9	24,5
Fornecer preservativos	37,1	47,2	27,2
Verificar a adesão aos antirretrovirais	42,7	52,7	23,3
Finalidade da pós-consulta			
Orientar encaminhamentos para outros serviços	69,8	73,3	5,0
Orientar uso de medicação	68,5	71,8	4,8
Agendar exames	63,6	68,1	7,1
Agendar retorno	53,2	62,1	16,7
Fornecer preservativos	62,7	69,7	11,1
Orientar uso de preservativos	62,7	69,0	10,1
Orientar sobre direitos civis	21,8	27,9	28,1

A Tabela 41 reúne indicadores relacionados à adesão ao tratamento. Tanto em 2007 quanto em 2010 a maioria dos serviços relatou que a adesão dos pacientes é verificada nos atendimentos individuais, mediante questionamento sobre o uso correto dos medicamentos conduzido predominantemente por médicos. Chama atenção a redução na realização de grupos de adesão. Já a contagem de comprimidos tem se mostrado relativamente alta entre os serviços; supõe-se que provavelmente seja direcionada a pacientes com dificuldades na adesão ao tratamento.

Ainda na Tabela 41 é possível perceber que os serviços se esforçam para adotar algum critério para a convocação de faltosos, embora apenas um terço considere o uso de antirretrovirais para buscar aqueles que faltam ao seguimento de rotina. Houve melhoras no tempo de dispensação dos medicamentos na primeira prescrição e o agendamento da primeira consulta após o início da TARV em até 15 dias manteve-se superior a 62%. No entanto, ainda há em torno de um terço dos serviços que agenda o primeiro retorno após 30 dias. Além disso, observa-se que a adesão segue sendo um tema abordado predominantemente na consulta médica, o que se torna preocupante diante da persistência de alguns indicadores de organização da assistência médica vistos acima: alto número de consultas agendadas por período, curto tempo de duração das consultas e problemas na forma de agendamento.

Tabela 41 - Atividades relacionadas à adesão ao tratamento nos serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV, nas avaliações Qualiaids de 2007 (N = 504) e 2010 (N = 659), Brasil

ATIVIDADES	Serviços (%)		Variação (%)
	2007	2010	
Forma de verificação da adesão			
Questionamento sobre o uso correto nos atendimentos individuais	80,2	79,8	-0,5
Grupo de adesão	28,9	24,7	-14,4
Recordatório detalhado sobre as atividades diárias do paciente e o uso da medicação	21,3	20,6	-3,1
Contagem de comprimidos restantes	34,3	35,8	4,4
Atendimento onde é realizada a orientação do uso de antirretroviral			
Na consulta médica	95,9	94,1	-1,9
Por auxiliar/técnico de enfermagem	39,4	43,1	9,4
Na farmácia, por farmacêutico ou pessoal auxiliar	51,1	55,2	8,1
Nos grupos de discussão sobre adesão	24,1	21,7	-10,0
Na consulta do farmacêutico	29,7	37,0	24,7
Na consulta do enfermeiro	56,5	63,9	13,1
No atendimento individual por outros profissionais de nível superior	37,1	41,3	11,3
Tempo de dispensação de antirretroviral na primeira prescrição			
No mesmo dia	66,6	73,1	9,8
Acima de 16 dias	12,1	6,1	-49,6
Intervalo para retorno em consulta médica ou com profissional de nível superior na introdução dos ARV			
7 dias	23,3	22,9	-1,7
15 dias	40,5	39,6	-2,2
30 dias	27,6	28,5	3,4
Convocação de faltosos			
Aguarda retorno espontâneo em todos os casos	34,5	27,3	-20,9
Convoca paciente em uso de antirretroviral	34,5	38,5	11,6
Convoca os casos com maior gravidade clínica	47,4	52,8	11,4
Convoca quando é caracterizado o abandono	39,2	42,5	8,4
Convoca os casos que apresentam exames alterados	47,8	52,8	10,5
Convoca todos os faltosos	26,9	30,5	13,4

Sobre a conduta habitual frente à manifestação do desejo de ter filhos, conforme descrito na Tabela 42, a maioria dos serviços mantém o relato de

orientar sobre os riscos e discutir o melhor momento para a concepção, observando-se a redução da não recomendação da concepção.

Tabela 42 - Condutas relacionadas ao desejo de ter filhos nos serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV, nas avaliações Qualiaids de 2007 (N = 504) e 2010 (N = 659), Brasil

CONDUTAS	Serviços (%)		Variação (%)
	2007	2010	
Orientação sobre os riscos e discussão sobre o melhor momento para a concepção	80,6	85,6	6,2
Não recomendação da concepção devido ao risco de transmissão vertical	14,2	6,8	-51,9
Não recomendação da concepção, mas se a mulher engravidar é feito o acompanhamento	34,7	22,0	-36,6

5.1.2.3. Gerenciamento técnico do trabalho

Como mostra a Tabela 43, a frequência de unidades que relatam ter um coordenador técnico manteve-se alta, com predomínio de serviços em que o gerente possui algum tipo de formação para exercer a função. Houve acréscimo na proporção de serviços que oferecem algum tipo de supervisão técnica-administrativa e atividades para minimizar o sofrimento dos profissionais. Permanece baixa a proporção de serviços que realizam reuniões, principalmente para discussão de casos. A maioria dos serviços ainda realiza reuniões de trabalho sem participação de usuários ou entidades representativas. O encaminhamento para especialidades e a contratação de recursos humanos de nível superior ainda são as dificuldades gerenciais mais relatadas, sugerindo falhas no sistema de referência e contra-referência. Houve diminuição no relato de dificuldades com vagas para internação e no suprimento de medicamentos contra infecções oportunistas, entre outros itens.

Tabela 43 - Coordenação e dificuldades gerenciais nos serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV, nas avaliações Qualiaids de 2007 (N = 504) e 2010 (N = 659), Brasil

COORDENAÇÃO DO TRABALHO	Serviços (%)		Variação (%)
	2007	2010	
Coordenação técnica			
Serviços com coordenação técnica imediata das atividades de assistência ambulatorial	91,2	89,5	-1,9
O gerente administrativo possui algum tipo de formação para a atividade gerencial	53,0	58,3	10,0
Suporte e supervisão aos profissionais da equipe			
Supervisão institucional	16,4	21,7	32,3
Supervisão técnica	39,2	42,6	8,7
Supervisão administrativa	35,3	39,5	11,9
Realização de atividades para minimizar o sofrimento dos profissionais	34,1	39,5	15,8
Tipos de reuniões			
Reuniões de trabalho com periodicidade definida	36,0	41,0	13,9
Reuniões sistemáticas para discussão de casos e condutas clínicas	27,2	31,7	16,5
Reuniões ampliadas com a participação de pacientes ou de entidades representativas	16,4	17,3	5,5
Dificuldades gerenciais mais relatadas			
Acesso a exames de laboratório em geral	19,2	18,2	-5,2
Acesso a exames de CD4/Carga Viral	15,9	12,9	-18,9
Suprimento de medicamentos antirretrovirais	15,3	17,9	17,0
Suprimento de medicamentos contra infecções oportunistas	32,1	25,0	-22,0
Encaminhamentos para especialidades	58,0	54,9	-5,3
Vagas para internação	44,6	34,6	-22,4
Vagas em hospital dia	10,6	11,4	7,4
Vagas em maternidade	5,2	3,8	-27,0
Vaga para assistência domiciliar terapêutica	11,6	11,4	-1,9
Contratação de recursos humanos de nível superior	56,0	53,9	-3,8
Contratação de recursos humanos de nível médio	42,0	38,8	-7,5
Aquisição de material de consumo	36,6	32,9	-10,0
Aquisição de material permanente	36,9	39,8	7,7

Sobre o planejamento e monitoramento das ações, nota-se na Tabela 44 que ainda predomina o planejamento através da continuidade das atividades desenvolvidas no ano anterior. Quanto ao controle da dispensação de medicamentos observa-se que a utilização do SICLOM continua em expansão, com queda no uso das demais estratégias.

Tabela 44 - Planejamento e monitoramento de ações nos serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV, nas avaliações Qualiaids de 2007 (N = 504) e 2010 (N = 659), Brasil

PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO	Serviços (%)		Variação (%)
	2007	2010	
Planejamento das atividades			
Através da continuidade das atividades desenvolvidas no ano anterior	67,0	68,6	2,4
Através do cumprimento das metas estabelecidas pela equipe de planejamento do nível central	31,3	34,7	11,0
Através de plano elaborado pela equipe local	57,8	59,9	3,7
Conforme definido pelo diretor técnico	6,7	9,3	38,2
Conforme articulação da gerência local com a Coordenação de DST/Aids	34,1	43,4	27,3
Através de plano elaborado pela equipe e por representantes de pacientes	11,9	18,8	58,1
Forma de controle da dispensação de medicamentos			
SICLOM (Sistema de Informação e Controle de Logística de Medicamento)	74,8	86,3	15,4
Ficha de cadastro individual, com informações sobre esquema Terapêutico e data da retirada	61,6	57,8	-6,1
Retenção da 2ª via da receita médica	52,6	50,2	-4,5
Fichas de prateleira para controle de estoque de medicamentos	20,7	17,3	-16,4
Livro de registro	25,6	23,1	-9,9
Planilha de controle de medicamentos	50,4	38,8	-22,9

Na Tabela 45, nota-se o aumento da proporção de serviços que realizam o registro do número de faltas (total e por paciente) em consulta médica. Porém, excluindo-se os dados básicos de produção, observam-se importantes reduções no registro de informações. Chama atenção particularmente a diminuição no registro do número de pacientes com co-infecção por tuberculose e do número de óbitos, tornando-se relevante investigar a causa

dessa redução. Em relação ao registro dos atendimentos, a maioria dos serviços mantém dificuldades para trabalhar com formulários padronizados, apesar do aumento nos registros do primeiro atendimento por profissional não médico e do atendimento de enfermagem.

Tabela 45 - Tipos de informação com registro sistemático e utilização de formulário padronizado nos serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV, nas avaliações Qualiaids de 2007 (N = 504) e 2010 (N = 659), Brasil

REGISTRO SISTEMÁTICO DE INFORMAÇÕES	Serviços (%)		Variação (%)
	2007	2010	
Tipos de informações			
Nº de total de atendimentos/procedimentos	89,0	88,0	-1,1
Nº de consultas por médico	88,1	88,6	0,6
Nº de pacientes em uso de ARV	92,7	62,7	-32,4
Nº de pacientes por faixa etária	59,5	52,4	-12,0
Nº de pacientes com co-infecção por tuberculose	60,8	46,7	-23,1
Nº de pacientes por diagnóstico (infecções oportunistas, outras DSTs)	36,0	20,6	-42,7
Nº de óbitos	72,8	37,0	-49,1
Nº de pacientes por esquema terapêutico com antirretroviral	59,5	22,0	-63,0
Nº total de faltas em consulta médica	37,9	44,0	16,1
Nº de faltas por paciente em consulta médica	25,6	34,4	34,6
Nº de primeiro atendimento no ano de cada paciente	39,0	15,3	-60,7
Utilização de formulários padronizados			
No primeiro atendimento do paciente no serviço por profissional não-médico	43,5	52,7	21,0
No atendimento de enfermagem	42,2	48,9	15,8
No atendimento odontológico	38,1	29,4	-22,7
No atendimento com nutricionista	18,5	18,5	0,1
No atendimento psicológico	32,5	34,4	6,0
No atendimento em serviço social	39,9	38,7	-3,0
No atendimento em grupo	13,6	14,9	9,3
No atendimento a casos de exposição ocupacional	55,6	48,1	-13,5
No atendimento de gestantes	43,3	45,1	4,1
No atendimento de DST	39,9	38,8	-2,6
No atendimento de Tuberculose	42,5	41,7	-1,8

Conforme demonstrado na Tabela 46, os serviços ainda não oferecem estrutura que facilite a participação dos usuários, seja na forma como são ouvidos seja em relação à condução de suas demandas. Além da participação organizada dos usuários no encaminhamento de soluções permanecer baixa, houve a diminuição na integração dos serviços com organizações não governamentais.

Tabela 46 - Interação serviço, usuário e comunidade nos serviços de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV, nas avaliações Qualiaids de 2007 (N = 504) e 2010 (N = 659), Brasil

INTERAÇÃO DO SERVIÇO	Serviços (%)		Variação (%)
	2007	2010	
Formas de encaminhamento de reclamações e sugestões*			
Não existe nenhuma	17,2	16,5	-3,8
Caixa ou livro de sugestões e reclamações	25,6	24,4	-4,6
Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões	13,4	13,5	0,8
Sistema de ouvidoria (do serviço, da secretaria, etc.)	46,8	52,0	11,2
Diretamente junto à direção local do serviço ou ao conselho gestor	52,8	51,6	-2,3
Participação organizada dos usuários no encaminhamento de soluções de problemas*			
Não	59,5	56,0	-5,9
Através de ONG	21,1	22,0	4,3
Através de conselho gestor ou similar	13,1	14,0	6,6
Através de outras formas de organização	15,5	16,8	8,7
Integração rotineira com outros órgãos ou instituições*			
Com ONGs	45,0	39,2	-13,0
Com igrejas ou entidades filantrópicas	23,7	27,5	15,9
Com o setor judiciário	13,8	17,6	27,6

5.2. Comparação da qualidade em 2007 e em 2010 para os serviços que responderam ao questionário nos dois anos

A comparação entre os bancos dos serviços que responderam a avaliação Qualiaids em 2007 (504 unidades) e em 2010 (641) permitiu a identificação de 419 unidades que participaram de ambas avaliações. A Tabela 47 apresenta a análise comparativa das médias obtidas pelo conjunto destes 419 serviços nas duas aplicações. Houve aumento da média geral e das três dimensões da qualidade, com significância estatística para a maioria delas. Apenas na dimensão da gerência esta diferença não foi significativa.

Tabela 47: Comparação das médias obtidas nas avaliações 2007 e 2010, segundo dimensões da qualidade, Brasil (N=419 serviços)

Dimensão	2007		2010		N	p*
	Média	DP	Média	DP		
Assistência	1,27	0,21	1,30	0,23	419	0,009
Gerência	1,20	0,29	1,22	0,30	419	0,254
Recursos	1,29	0,23	1,34	0,22	419	<0,001
Média Geral	1,25	0,20	1,28	0,21	419	0,002

*Teste Wilcoxon pareado

Na tabela 48, são descritas a frequência e a porcentagem dos serviços que obtiveram melhora e dos que obtiveram piora em suas médias, do ano de 2007 para o ano de 2010. Mais da metade dos serviços melhoraram seu desempenho em todas as dimensões. A porcentagem de melhora foi maior para a dimensão de recursos. A maior porcentagem e a maior média de piora foram para a gerência. No entanto, a diferença entre a média de melhora e a média de piora foi estatisticamente significativa apenas para a média geral.

Tabela 48: Desempenho dos serviços do ano de 2007 para o ano de 2010, segundo dimensões da qualidade, Brasil (N=419 serviços)

Dimensão	N° de serviços	%	Média	DP	p*
Assistência					0,448
Melhora	238	56,8	0,18	0,16	
Piora	181	43,2	0,17	0,14	
Gerência					0,779
Melhora	227	54,2	0,21	0,19	
Piora	192	45,8	0,22	0,16	
Recursos					0,277
Melhora	257	61,3	0,20	0,17	
Piora	162	38,7	0,19	0,14	
Geral					0,029
Melhora	233	55,6	0,16	0,14	
Piora	186	44,4	0,14	0,11	
Total	419	100			

*Teste Mann-Whitney