

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

MARINA GABRIELA PRADO SILVESTRE

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS E AMBULATÓRIOS DE ATENDIMENTO AO
HIV/AIDS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

SÃO LEOPOLDO

2017

MARINA GABRIELA PRADO SILVESTRE

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS E AMBULATÓRIOS DE ATENDIMENTO AO
HIV/AIDS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Profa. Dra. Nêmora Tregnago Barcellos

Coorientadora: Profa. Dra. Rarianne Carvalho Peruhype

São Leopoldo

2017

S587a Silvestre, Marina Gabriela Prado.
Avaliação dos serviços e ambulatórios de atendimento ao HIV/AIDS do Estado do Rio Grande do Sul / Marina Gabriela Prado Silvestre. – 2017.
143 f. : il. (algumas color.); 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

“Orientadora: Profa. Dra. Nêmora Tregnago Barcellos ;
Coorientadora: Profa. Dra. Rarianne Carvalho Peruhype”.

1. AIDS (Doença) – Pacientes – Rio Grande do Sul – Cuidado e tratamento. 2. Pessoas HIV-positivo – Rio Grande do Sul – Cuidado e tratamento. 3. Saúde pública – Rio Grande do Sul. 4. Cuidados médicos ambulatoriais – Rio Grande do Sul. I. Título.

CDU 616.9AIDS(816.5)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecária: Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252)

MARINA GABRIELA PRADO SILVESTRE

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS E AMBULATÓRIOS DE ATENDIMENTO AO
HIV/AIDS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Aprovação em 23 de março de 2017.

BANCA EXAMINADORA:

Maria Ines Battistella Nemes – Universidade de São Paulo (USP)
Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Tonantzin Ribeiro Gonçalves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ADS - Ambulatório de Dermatologia Sanitária
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
DIAHV - Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais
FDA - Food and Drug Administration
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS - Ministério da Saúde
PEP - Profilaxia Pós-Exposição
PrEP - Profilaxia Pré-Exposição
PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PVHA - Pessoas Vivendo com HIV/Aids
RS – Rio Grande do Sul
SAE - Serviços Especializados em HIV/Aids
SUS - Sistema Único de Saúde
TARV – Terapia Antirretroviral
TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UDM - Unidade de Dispensação de Medicamento
UNISINOS - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

SUMÁRIO

PROJETO PÓS-QUALIFICAÇÃO	6
RELATÓRIO DE CAMPO	45
ARTIGO CIENTÍFICO 1	83
ARTIGO CIENTÍFICO 2	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO FORMSUS.....	106
APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA ESTADUAL	112
APÊNCIDE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	113
ANEXO A – QUESTIONÁRIO QUALIAIDS.....	114
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA UNISINOS	141
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE.....	142

PROJETO PÓS-QUALIFICAÇÃO

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Indicadores relacionados à estrutura por dimensão, domínio, critério de indicador e nº de questão no Qualiaids.....	29
Quadro 2 - Questões relacionadas à estrutura por dimensão e nº de questão no instrumento elaborado no Formsus.....	30
Quadro 3 - Indicadores relacionados à organização do processo de assistência, por domínio, critério de indicador e nº de questão, no sistema Qualiaids.	31
Quadro 4 - Indicadores relacionados ao gerenciamento técnico do trabalho, por domínio, critério de indicador e nº de questão no sistema Qualiaids.	32
Quadro 5 - Indicadores relacionados ao processo de trabalho por dimensão e nº de questão no instrumento elaborado no Formsus	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos serviços especializados/ambulatórios de HIV/Aids, por município e região de saúde, Macrorregiões Centro-Oeste e Metropolitana. RS, 2016.	35
Tabela 2 - Distribuição dos serviços especializados/ambulatórios de HIV/Aids, por município e região de saúde, Macrorregiões Missioneira, Norte, Sul, Serra e Vales. RS, 2016.	36

SUMÁRIO DO PROJETO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Tema	10
1.2	Delimitação do Tema	11
1.3	Problema	12
1.4	Objetivos	13
1.4.1	Objetivo Geral	13
1.4.2	Objetivos Específicos	13
1.5	Justificativa	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1	Contexto Epidemiológico	16
2.2	Serviços Ambulatoriais de Atendimento em HIV/Aids	17
2.2.1	Política de HIV/Aids Nacional e Estadual	17
2.2.2	Serviços de Assistência Especializada (SAE) e Ambulatórios de Infectologia	19
2.3	Avaliação de serviços de saúde e HIV/Aids	21
2.3.1	Sistema de Avaliação Qualiaids	23
3	METODOLOGIA	34
3.1	Delineamento do Estudo	34
3.2	Localização do estudo	34
3.3	População	34
3.4	Coleta de dados	36
3.5	Instrumentos	37
3.6	Análise dos dados	37
3.7	Aspectos éticos	38
4	ORÇAMENTO	39
5	CRONOGRAMA	40
	REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tema

A epidemia do HIV/Aids é uma preocupação mundial, já que em 2015, a estimativa foi de que 36,7 milhões de pessoas viviam com o vírus do HIV no mundo. (UNAIDS, 2016). No Brasil, essa estimativa, no mesmo ano, foi de 827 mil indivíduos, sendo que o estado do Rio Grande do Sul (RS) se encontrava entre as unidades federativas com maior taxa de detecção nos últimos 10 anos da epidemia. (BRASIL, 2016a). No estado, dados até o ano de 2013 apontam que aproximadamente 89.312 pessoas estariam infectadas pelo vírus do HIV. (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

O atendimento das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), pelo Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se através de uma rede composta por serviços com diferentes configurações, entre elas, estão os Serviços Especializados em HIV/Aids (SAE) e os Ambulatórios de Infectologia vinculados ou não a instituições hospitalares. As ações desenvolvidas nesses serviços envolvem desde a promoção da saúde e a prevenção do agravo até condutas relacionadas à assistência, ao tratamento, ao monitoramento e à vigilância, tendo como diretriz o atendimento integral e universal à saúde das PVHA, prezando pela melhoria da qualidade de vida desses usuários. (BRASIL, 2013).

Esses serviços estão compostos por equipes multiprofissionais, com composição mínima de médico clínico treinado e/ou infectologista, enfermeiro, psicólogo e/ou assistente social, profissionais de nível médio, entre outros. (BRASIL, 2013).

Dentre as prerrogativas de atendimento desses serviços, destacam-se os cuidados de enfermagem, apoio psicológico, atendimento médico especializado e interdisciplinar, geralmente, por meio de profissionais das áreas de infectologia, ginecologia, pediatria e odontologia, monitoramento da retirada de antirretrovirais e da adesão à terapia através de orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento e complementares, distribuição e orientação de uso de insumos de prevenção, e atividades educativas. (BRASIL, 2013).

1.2 Delimitação do Tema

A rede de serviços vinculada ao SUS, que presta atendimento para PVHA no país, possui diferentes configurações institucionais, tendo serviços implantados em unidades com perfis tecnológicos diversos, tais como unidades básicas de saúde, ambulatorios gerais ou de especialidades, ambulatorios de hospitais, policlinicas e SAE. (BRASIL, 2008).

No estado do RS, essa rede é composta por 75 serviços, conforme consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), abrangendo as 30 regiões de saúde, configurando-se como referência para atendimento no município e/ou região de saúde. (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Essa diversidade também existe com relação à organização administrativa, financiamento, manutenção e recursos humanos, visto que são administrados por órgãos municipais, estaduais, federais ou por organizações não governamentais conveniadas ao SUS. (BRASIL, 2008).

O Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais (DIAHV) instituiu parceria com a equipe Qualiaids para criar mecanismos de monitoramento e avaliação da assistência prestada por essa rede de serviços no país, com o objetivo de conhecer suas características e avaliar a qualidade do atendimento prestado. (BRASIL, 2008).

Para Contrandriopoulos et al. (1997), avaliar um serviço de saúde consiste em fazer um julgamento de valor sobre os seus componentes, cujo objetivo é ajudar na tomada de decisões, obtendo-se, com isso, informações para auxiliar no processo de planejamento das ações prioritárias para cada serviço.

Com relação ao conceito de qualidade, utilizado como parâmetro avaliativo, o autor de maior referência conceitual é Avedis Donabedian, criador da tríade – estrutura, processo e resultado – categorias que devem ser consideradas para avaliação da qualidade de serviços de saúde. (DONABEDIAN, 1997).

A primeira versão do instrumento de avaliação nacional da qualidade dos serviços, elaborado pela equipe Qualiaids, ocorreu no ano de 2001/2 e, então, foi criado um questionário abordando as categorias de estrutura e processo, podendo ser aplicado em todos os serviços do SUS, de nível ambulatorial, que prestam atendimento a PVHA. Esse instrumento foi aplicado em sete estados brasileiros, incluindo o RS, com resultados que permitiram classificar os serviços em níveis de qualidade. (NEMES et al., 2004).

No ano de 2007, ocorreu a segunda versão do Qualiaids, quando foi ampliado para que todas as instituições que atendessem PVHA participassem, sendo respondido por cerca de 80% dos serviços do país. Nesta segunda versão, ocorreu uma revisão com relação às questões e foi adaptada para resposta em meio eletrônico. A última versão da avaliação nacional da qualidade dos serviços foi aplicada no ano de 2010 e obteve a participação de mais de 90% dos serviços do Brasil. (BRASIL, 2008).

Após esses ciclos de avaliação do Qualiaids foram publicados estudos comparativos referentes aos avanços e retrocessos na qualidade do atendimento prestado (NEMES et al., 2004; MELCHIOR et al., 2006; NEMES et al., 2011; 2013), porém nenhum desses estudos foi direcionado exclusivamente para os serviços do estado do Rio Grande do Sul, nem descreveram detalhadamente suas características locorregionais.

Durante o ano de 2015, foi realizada uma nova revisão do instrumento para que, no segundo semestre de 2016, fosse iniciada a quarta versão da avaliação nacional, através do Qualiaids, em que todos os serviços do estado do RS foram convidados a participar. Diante disso, o presente estudo terá como base de dados as questões e pontuações obtidas através do preenchimento desse instrumento pelos responsáveis dos serviços especializados e ambulatoriais de infectologia do estado do Rio Grande do Sul, que serão analisados detalhadamente considerando as peculiaridades da região.

Além disso, serão inclusas informações adicionais através do preenchimento de um questionário elaborado pela pesquisadora e disponibilizado através do FormSUS. Essas questões também estão relacionadas à estrutura e ao processo de trabalho desenvolvido pelos serviços envolvidos no estudo, complementar ao Qualiaids. O objetivo desse instrumento é a inclusão de questões pertinentes para gestão estadual e municipal, que possam oferecer dados necessários para o conhecimento da realidade local e informações adicionais de avaliação do cuidado prestado.

1.3 Problema

Para o adequado atendimento das necessidades dos usuários é necessário que gestores locais e estaduais conheçam as características institucionais e locais

dos serviços de modo a prestar assistência de acordo com as condutas estabelecidas pelo DIAHV.

O Ministério da Saúde (MS), através do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o manejo do HIV em adultos, estabelece as condutas terapêuticas para diagnóstico, tratamento, monitoramento e acompanhamento do resultado clínico-terapêutico. Esse protocolo estabelece a regularidade e a periodicidade de consultas médicas e da realização de exames de monitoramento clínico (CD4 e Carga Viral) para acompanhamento do resultado terapêutico. Assim como a recomendação para início de tratamento antirretroviral precoce, com isso, reduzindo a morbimortalidade, melhorando a qualidade e a expectativa de vida das PVHA e colaborando na diminuição da transmissibilidade do vírus. (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, este estudo visa avaliar a qualidade do atendimento prestado pelos serviços especializados e ambulatórios de infectologia que atendem PVHA no estado do RS, conforme as prerrogativas estabelecidas pelo MS. Dessa forma, será possível avaliar as experiências exitosas, assim como as dificuldades e os entraves enfrentados, estabelecendo, portanto, estratégias objetivas para vencer as barreiras identificadas em cada serviço, assim, qualificando o cuidado prestado à população.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade dos SAE e ambulatórios de infectologia que prestam atendimento para adultos vivendo com HIV/Aids, no estado do Rio Grande do Sul.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma análise descritiva do perfil dos SAE e ambulatórios de infectologia do estado do Rio Grande do Sul com relação à estrutura e ao processo de trabalho.
- Efetivar análise de qualidade e mapeamento dos serviços com suas respectivas pontuações no sistema Qualiaids.

1.5 Justificativa

A necessidade de avaliar a qualidade da assistência prestada pelos serviços especializados e ambulatórios de infectologia do RS justifica-se primeiramente frente ao contexto epidemiológico da região, que possui a maior taxa de detecção com 34,7 casos de Aids por 100 mil habitantes, a segunda maior taxa de transmissão vertical de HIV/Aids com 5,4 casos por 100 mil hab., e maior coeficiente de mortalidade com 10,2 óbitos por 100 mil hab., no ano de 2015, quando comparado com os demais estados do Brasil. (BRASIL, 2016a). Frente a essa situação epidemiológica, é necessário que os serviços de saúde tenham capacidade tecnológica, infraestrutura e recursos humanos para acolher a demanda de usuários que necessitam desse atendimento.

Além disso, sabe-se muito pouco sobre a realidade e, principalmente, sobre as diferenças desses serviços, portanto, desse contexto, urge a necessidade de identificar o funcionamento, a organização administrativa e a qualidade da atenção prestada de forma a resolver problemas, compartilhar informações, soluções e experiências exitosas.

A última avaliação pela equipe Qualiaids ocorreu no ano de 2010, cujas publicações dos dados referem-se à participação geral de todos os serviços do país, com dados desagregados apenas para região sul do Brasil. Com isso, não existem dados publicados contendo informações detalhadas dos serviços do estado que participaram desse estudo. (NEMES et al., 2011). Ademais, pesquisas realizadas em âmbito nacional não têm sido utilizadas em avaliações regionais e, pela forma e temporalidade de divulgação dos resultados, não têm permitido a identificação das peculiaridades do estado, das regiões e dos municípios, nem sua utilização como estratégia de subsídio a intervenções de qualificação. (Melchior et al., 2006; Nemes et al., 2004; Nemes et al., 2011, 2013).

Com isso, acredita-se que a avaliação da qualidade do atendimento prestado e o estabelecimento de estratégias serão capazes de promover, mesmo que indiretamente, a prevenção de novas infecções pelo HIV – através de ações educativas e preventivas –, a equidade e universalidade do acesso, a integralidade e a resolutividade do cuidado. A priorização de ações que visem à melhoria na qualidade da assistência prestada será capaz de colaborar com a melhora na qualidade de vida das PHVA, a redução da morbimortalidade relacionadas à

infecção pelo HIV, a diminuição da transmissibilidade do vírus e promoção de impacto significativo nos indicadores epidemiológicos e de custo-efetividade do cuidado nos municípios, nas regiões e no estado. (CASTANHEIRA, 2002).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Contexto Epidemiológico

A epidemia do HIV/Aids é uma preocupação mundial, visto que, em 2015, a estimativa foi de que 36,7 milhões de pessoas que viviam com o vírus do HIV no mundo. Esse número tem aumentado, em parte, porque muitas pessoas estão tendo acesso ao diagnóstico mais precoce e à terapia antirretroviral e, como consequência, maior expectativa de vida. Ao mesmo tempo, ainda existem elevados números de novas infecções e mortes relacionadas ao HIV/Aids a cada ano. (UNAIDS, 2016).

De acordo com os dados da cascata de cuidado contínuo do HIV, estima-se que, em 2015, 827 mil indivíduos vivia com HIV/Aids no Brasil. (BRASIL, 2016b). A distribuição proporcional dos casos de Aids no país difere entre as regiões, mostrando uma concentração entre as regiões Sudeste e Sul, com 53,0% e 20,1% do total de casos identificados de 1980 até junho de 2016, respectivamente. Além disso, o Brasil tem apresentado estabilização na taxa de detecção nos últimos 10 anos, com 20,7 casos para cada 100 mil habitantes, no ano de 2015. (BRASIL, 2016a).

No mesmo ano, os estados que apresentaram maiores taxas de detecção foram Rio Grande do Sul e Santa Catarina, com valores de 34,7 e 31,9 casos por 100 mil hab., respectivamente. Porto Alegre é a capital que apresentou maior taxa nesse mesmo ano, com o dobro de casos do estado e quase quatro vezes maior que a taxa nacional (74,0 casos por 100 mil habitantes). (BRASIL, 2016a).

A taxa de detecção de Aids em menores de cinco anos, indicador utilizado como *proxy* para o monitoramento da transmissão vertical, tem assinalado tendência de queda tanto no país como no estado, com valores de 2,5 e 5,4 casos para cada 100 mil habitantes, respectivamente, em 2015. O estado do RS apresentou a segunda maior taxa de detecção entre as unidades de federação, duas vezes maior que a taxa nacional. (BRASIL, 2016a).

No tocante à mortalidade por Aids, a região sul do país contribuiu com 17,5% do total de casos de óbitos com causa básica Aids, no período de 1980 a dezembro de 2015. O coeficiente de mortalidade padronizado de Aids, com óbitos notificados até dezembro de 2015, foi de 5,9 óbitos/100 mil habitantes, no Brasil. Embora o RS venha apresentando uma tendência de queda ao longo dos últimos 10 anos, em

2015, indicou o maior coeficiente entre as 27 Unidades Federadas e o Distrito Federal – com 10,2 óbitos/100 mil habitantes. Porto Alegre, que também revela tendência de queda, destaca-se como a capital com o maior coeficiente de mortalidade, com 23,7 óbitos/100 mil habitantes no mesmo ano, equivalente a quatro vezes a média nacional e duas vezes a média estadual. (BRASIL, 2016a).

Frente ao cenário epidemiológico exposto, com indicadores alarmantes, salienta-se a importância de avaliar os serviços que compõem a rede de atendimento para as PVHA, pois se acredita que a qualidade no atendimento prestado e o estabelecimento de estratégias serão capazes de promover prevenção de novas infecções, equidade no acesso, integralidade e resolutividade no cuidado prestado.

2.2 Serviços Ambulatoriais de Atendimento em HIV/Aids

2.2.1 Política de HIV/Aids Nacional e Estadual

Em 1983, surgiram os primeiros casos de Aids no Brasil e foram diagnosticados os dois primeiros casos no RS, no Hospital Vila Nova e no Hospital Sanatório Partenon. (FERREIRA; LOUREIRO, 2008). Em 1984, foi criado o Programa Estadual de Aids, vinculado ao então Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS). Nessa época, não existia tratamento para a doença, apenas o manejo para as doenças oportunistas e o acompanhamento dos pacientes até o óbito. (BARCELLOS; SIVIERO, 2008).

No início de 1985, os primeiros testes anti-HIV foram registrados, permitindo o diagnóstico da infecção em estágios mais precoce, o estudo da história natural da doença e a triagem do sangue doado; esta tornando-se, em 1989, obrigatória no Brasil. (BARCELLOS; SIVIERO, 2008).

No ano de 1986, foi criado o Programa Nacional de DST e Aids – hoje Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais – sendo considerada a primeira iniciativa governamental para o combate da epidemia no país, e, no ano seguinte, a Aids passa a ser uma doença de notificação compulsória. (FERREIRA; LOUREIRO, 2008; GALVÃO, 2000). Em 1986, surge o primeiro antirretroviral para tratamento da doença, o AZT (zidovudina), aprovado pela Food and Drug Administration (FDA), no ano seguinte, como a droga antirretroviral para tratamento da Aids. (BARCELLOS;

SIVIERO, 2008). Devido ao desenvolvimento de resistência do vírus ao AZT, foram necessárias novas opções medicamentosas, surgindo assim a terapia combinada, popularmente conhecida como “coquetel”, consagrada em 1996, na 11ª Conferência Internacional de AIDS, realizada em Vancouver, Canadá. Após essas descobertas, a Aids passou a ser considerada uma doença crônica passível de tratamento em longo prazo, deixando de ser considerada uma sentença de morte. (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2015).

Em 1989, foi publicada a Portaria Ministerial nº 721, que estabeleceu as normas técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, garantindo a proteção aos pacientes que necessitem de transfusão sanguínea. (BRASIL, 1989). Essa ação governamental contribuiu para redução significativa da transmissão do HIV por transfusão sanguínea, sendo que, a partir do ano de 2006, o Brasil não assinalou mais registros de novos casos de transmissão por essa categoria de exposição. (BRASIL, 2016a).

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, através da publicação da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta as ações e os serviços de saúde, em âmbito nacional, traz como princípios e diretrizes a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade e a igualdade da assistência e a participação da comunidade no estabelecimento das ações em saúde. (BRASIL, 1990). Essa conquista permitiu que o direito ao atendimento das necessidades de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação passasse a ser de responsabilidade pública, através de ações e serviços federais, estaduais e municipais, além de permitir a participação e atuação da sociedade civil organizada no estabelecimento das prioridades para população.

Dez anos após a descoberta do primeiro antirretroviral e seis anos após a instituição do SUS, o governo brasileiro publicou a Lei nº 9313, de 13 de dezembro de 1996, na qual decreta que todos os pacientes portadores do HIV e doentes de Aids têm o direito de receber todos os medicamentos para seu tratamento gratuitamente pelo SUS. (BRASIL, 1996). Com isso, mesmo sendo um país em desenvolvimento, o Brasil foi o único no mundo a fornecer o tratamento totalmente financiado pelo governo, tornando-se pioneiro no cenário internacional e referência mundial. (BARCELLOS; SIVIERO, 2008; SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2015).

Atualmente, pode-se inferir que muitas pesquisas e estratégias foram financiadas e priorizadas, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de cada vez mais

atingir as necessidades da população para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids. Tais como a oferta e distribuição gratuita de preservativos, inclusão de novas tecnologias de prevenção que associam o uso de preservativo com tratamento medicamentoso (BRASIL, 2015); a inclusão dos testes rápidos para HIV de forma a promover o acesso ao diagnóstico precocemente, tornando o processo mais ágil e oportuno (BRASIL, 2007); a disponibilização do medicamento “3 em 1”, que agrega os três medicamentos indicados para início do tratamento (primeira linha) em apenas um comprimido, estimulando o aumento da adesão ao tratamento (BRASIL, 2014); garantia do acesso a exames de monitoramento e acompanhamento clínico do paciente infectado pelo HIV.

Todas essas estratégias do DIAHV têm como objetivos principais a redução da transmissibilidade do vírus para pessoas soronegativas, diagnóstico e tratamento precoce, adesão à terapêutica, melhoria na qualidade e expectativa de vida das PVHA, visando os princípios e diretrizes do SUS. (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015).

2.2.2 Serviços de Assistência Especializada (SAE) e Ambulatórios de Infectologia

A articulação entre a sociedade civil e o programa nacional de DST/Aids possibilitou o surgimento de uma rede assistencial através de serviços de saúde específicos para o tratamento de pacientes com Aids (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2015).

Essa rede de serviços teve início mediante o credenciamento de hospitais convencionais para internação pelo DIAHV, porém, em resposta à demanda assistencial crescente, criou-se o Programa de Alternativas Assistenciais. A implantação de serviços vinculados ao SUS ocorreu através desse programa, diferenciados em Serviço de Assistência Especializada (SAE), Hospital-Dia (HD) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). (BRASIL, 1998).

Desse modo, a rede de assistência ambulatorial expandiu progressivamente, mediante a atuação de profissionais capacitados para o atendimento das PVHA, porém pouco controle se tem sobre a produtividade desses ambulatórios especializados, pois o sistema de informação ambulatorial (SIA-SUS) não executa codificação específica para consultas ambulatoriais. Ressalta-se a importância

dessa estrutura de serviço de atendimento em locais (municípios e/ou estados) que não possuem SAE implantados em sua rede. (BRASIL, 1998).

A implantação e implementação dos SAE ocorreram mediante estímulo e injeção de recursos pelo MS, a partir de 1994, em unidades de saúde preexistentes. Esses serviços foram concebidos com a finalidade de oferecer resolutividade de diagnóstico-terapêutica, com vistas à descentralização do atendimento hospitalar. A qualidade desse atendimento prestado teve como foco a assistência integral aos pacientes e familiares, prestada por equipes de saúde multidisciplinares. (BRASIL, 1998).

Em 1996, ocorreu a primeira supervisão técnica realizada pelo DIAHV aos 33 SAE cadastrados no país, sendo que três situavam-se no RS (Hospital Vila Nova Conceição, Hospital das Clínicas e Ambulatório DST/Aids de Porto Alegre). Após essa supervisão, pôde-se constatar grande heterogeneidade na capacidade operacional e de resolutividade, limitada adesão dos profissionais às normas do DIAHV, inexistência de instrumentos que permitissem o monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas e da alocação dos recursos. (BRASIL, 1998).

No ano de 2013, foi definido a modalidade, classificação, organização das estruturas e funcionamento dos serviços de atenção às IST/HIV/Aids, através da publicação da Portaria Conjunta nº01, de janeiro de 2013. Entre os serviços que compõem essa rede de assistência estão os Serviços de Atenção Especializada – SAE, que se constitui em uma unidade ambulatorial voltada para atenção integral às PVHA, com foco no atendimento individual e coletivo, em que se estabelece a necessidade de equipe multiprofissional mínima recomendada, composta por médico clínico treinado e/ou infectologista, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, assistente social e/ou psicólogo. (BRASIL, 2013).

As principais atividades que devem ser desenvolvidas pelos SAE são: realizar ações de prevenção e qualidade de vida; prestar assistência clínica e psicossocial todas as fases do processo saúde-doença, de modo interdisciplinar; ter referências para serviços de apoio diagnóstico e laboratorial pertinentes à assistência; oferecer assistência ou orientar referência aos casos de profilaxia pós-exposição – PEP; e por fim, realizar ações de vigilância em saúde relacionadas às IST, Aids e coinfeções. (BRASIL, 2013).

Atualmente, a assistência ambulatorial no Brasil é realizada por diferentes serviços do SUS, tais como unidades básicas de saúde, ambulatórios

especializados, ambulatórios de hospitais e serviços especializados, com diferentes densidades tecnológicas (NEMES et al., 2013), além disso, seus fluxos de referência e contrarreferência são dependentes da estrutura local, regional e/ou estadual. (BACCARINI, 2011).

O estado do RS é composto por 497 municípios e está geograficamente dividido em 30 regiões de saúde, possui 52 serviços cadastrados no CNES como Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e 20 como Ambulatórios de Infectologia, vinculados ou não a hospitais, pertencentes a 61 municípios. Existe uma pactuação regional para que esses serviços prestem atendimento para os usuários pertencentes à sua região de saúde, de modo que todos os 497 municípios do estado possuam um serviço de referência para atendimento, com atribuições e responsabilidades entre os gestores de saúde. (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Esta rede de atendimento estadual segue as normativas e diretrizes nacionais e recebe a provisão de medicamentos e exames laboratoriais (CD4, CV e genotipagem), porém a infraestrutura, a capacidade operacional e instalada, a densidade tecnológica e a organização administrativa são bastante heterogêneas (NEMES et al., 2013), visto que esses serviços possuem diferentes vínculos institucionais (estadual, regional, municipal, universitário) e investimentos financeiros.

2.3 Avaliação de serviços de saúde e HIV/Aids

O conceito de avaliação dos programas públicos surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, e nesse período os economistas passaram a desenvolver métodos para analisar as vantagens e os custos desses programas com objetivo de encontrar meios para que a atribuição dos recursos fosse o mais eficaz possível, sendo considerados, então, os pioneiros da avaliação. (CONTRANDRIOPOULOS et al., 1997). Ao longo dos anos, este modelo de análise foi tornando-se insuficiente, exigindo a adoção de métodos numa perspectiva multidisciplinar. (SANTOS; MELO, 2012).

Avedis Donabedian iniciou seu trabalho na área de avaliação da qualidade oferecida pelos serviços de saúde na segunda metade dos anos 60, publicando seu primeiro trabalho intitulado "Evaluating the Quality of Medical Care" (DONABEDIAN,

1966), porém, na década de 1980, esse autor obteve maior destaque na literatura especializada na área da avaliação.

No Brasil, o controle e a avaliação dos serviços de saúde têm origem no INAMPS, sendo um sistema voltado para execução de procedimentos. (INOJOSA, 1996). Com os avanços obtidos pela Reforma Sanitária, surgiu a necessidade de mudar esse enfoque, passando a ser enfatizada a avaliação dos resultados, porém ainda de forma fragmentada, pontual, sem relacionar os efeitos das ações geradas pelos serviços de saúde na qualidade de vida dos usuários e profissionais. (SANTOS; MELO, 2012).

Com a implantação do SUS, percebe-se a importância política e econômica dos serviços e programas de saúde, desdobrando-se em numerosas iniciativas com questionamentos sobre qualidade, efetividade, eficiência e eficácia da assistência prestada por esses serviços, convocando o sistema de avaliação para responder a essas interrogações. No entanto, mesmo com toda essa mudança no cenário do país, ainda hoje se conta com poucos incentivos financeiros e articulações científicas para elaboração e estabelecimento da avaliação como prática incorporada na gestão, para o acompanhamento dos projetos públicos vigentes. (FURTADO, 2012).

As definições de avaliação são numerosas, porém para este estudo utiliza-se como referencial teórico Contrandriopoulos et al. (1997, p. 31), que coloca:

[...] avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Com isso, na avaliação normativa, ou apreciação normativa, pode-se analisar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios, inscrevendo-se em um processo de verificação da conformidade dos componentes da intervenção no tocante às referências e normas. (CONTRANDRIOPOULOS et al., 1997; CHAMPAGNE et al., 2011a).

Esse tipo de atividade avaliativa tem por objetivo emitir juízo de valor sobre a estrutura (recursos), o processo (bens produzidos) e os resultados da intervenção, comparando com normas e critérios determinados. A validade de suas conclusões está baseada na pertinência e na exatidão das normas escolhidas e no vínculo causal entre estrutura e processo. Essa atividade consiste na coleta e análise dos

dados relativos à intervenção, com vista a auxiliar na tomada de decisão sobre sua continuidade e propostas de melhorias. (CHAMPAGNE et al., 2011a).

Ademais, este estudo utilizará aspectos da pesquisa avaliativa para analisar as relações existentes entre os diferentes componentes do estudo. Conceitua-se a pesquisa avaliativa como uma metodologia de avaliação que explora o uso de procedimentos científicos, permitindo analisar as relações entre os componentes da intervenção e os resultados encontrados. (CONTRANDRIOPOULOS et al., 1997; CHAMPAGNE et al., 2011b).

As normas e os critérios que serão utilizados no estudo estão baseados na teoria do DIAHV, que são pressupostos e princípios que explicam o que deve ser feito para o alcance dos objetivos desejados. (CHEN, 1990). O enfoque será dado ao atendimento prestado às PVHA pelos serviços especializados e ambulatórios de infectologia, constituindo-se, portanto, em uma ação programática que engloba medidas de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento com base na proposta programática da política de saúde. (BACCARINI, 2011).

Com base nisso, afirma-se que tanto a apreciação normativa como a pesquisa avaliativa serão metodologias empregadas para avaliação do atendimento prestado pelos serviços especializados e ambulatórios de infectologia do RS, de acordo com indicadores de estrutura e processo empregados no sistema Qualiaids comparando com os critérios e as normas estabelecidos pelas diretrizes do DIAHV, assim como as questões elaboradas no FormSUS, que possibilitarão descrever com mais detalhes as questões de estrutura e processo dos serviços.

2.3.1 Sistema de Avaliação Qualiaids

Em 1998, iniciou-se uma linha de pesquisa avaliativa sobre assistência ambulatorial prestada pelos serviços do SUS às PVHA no estado de São Paulo, sendo que o objetivo principal dessa avaliação seria medir a adesão dos pacientes ao tratamento antirretroviral, assim como avaliar a qualidade da assistência prestada por esses serviços. Para execução desse trabalho, foi necessário analisar as proposições ético-normativas do plano propositivo do programa brasileiro de Aids do DIAHV. (NEMES et al., 2016).

O plano propositivo de um programa relaciona seus valores técnicos e éticos com as práticas assistenciais operadas nos serviços. Assim, associa-se que um

trabalho de melhor qualidade é o que resulta em tecnologias assistenciais coerentes com os valores do plano propositivo de determinado programa e/ou intervenção. No caso do DIAHV, esses valores envolvem a importância da individualidade do sujeito, a luta pela defesa da cidadania, da organização social e da assistência como um direito social. (NEMES et al., 2016).

Ao analisar o conceito de “qualidade” tem-se o autor de maior referência conceitual - Avedis Donabedian, que considera que três categorias devem ser avaliadas para definição de qualidade - estrutura, processo e resultado. (DONABEDIAN, 1997). Porém, a base conceitual do Sistema Qualiaids traz a definição de qualidade como “a capacidade da organização tecnológica do trabalho de assistência em atender simultaneamente aos princípios e diretrizes clínicas, epidemiológicas e éticas da assistência em HIV/Aids”.(NEMES et al., 2016, p.96)

Além desses atributos descritos no plano propositivo do DIAHV, foi necessário identificar o padrão tecnológico ou o melhor possível relativamente à organização de trabalho. Isso foi realizado através da pesquisa com cinco unidades escolhidas pelo Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, por serem considerados serviços com qualidade elevada quanto às características de estrutura e processo. Com base nesse estudo, foi possível definir os padrões de qualidade possíveis em condições adequadas para execução do processo de trabalho. (BACCARINI, 2011).

No ano de 2000, esses critérios foram aplicados novamente em uma pesquisa avaliativa qualitativa com 27 serviços, também do estado de São Paulo, incidindo principalmente nos momentos de processo de trabalho, através de entrevistas semiestruturadas e observação do fluxo assistencial. A partir da análise desse estudo, foi possível definir os indicadores relacionados à organização da assistência e à gerência, assim como a classificação de cada indicador em três níveis de qualidade, sendo que o primeiro nível seria o que mais se aproxima do plano propositivo do DIAHV. (NEMES et al., 2016).

Esse questionário, denominado “questionário-zero”, foi elaborado com o objetivo de ser preenchido por todos os tipos de serviços, sensível para discriminar a qualidade da assistência prestada, possível de ser respondido e que permitisse um modelo de análise útil para os gestores. Esse “questionário-zero” foi analisado por grupos de *experts*, sendo feitas alterações que garantissem a validade das questões e, então, adaptado e nomeado como “questionário-teste”. (NEMES et al., 2016).

O “questionário-teste”, contendo 157 questões, foi enviado para 30 serviços no país, solicitando participação. Após esse teste, o questionário final ficou com 99 questões indicadoras de qualidade, que receberam pontuações de 0 a 2, sendo 0 padrão insuficiente, 1 padrão aceitável e 2 padrão esperado. (NEMES et al., 2016).

Conforme Nemes et al. (2016, p.119):

O questionário final Qualiaids aborda características de estrutura e processo da assistência ambulatorial agrupadas em dimensões avaliativas compostas por domínios. Os domínios reúnem indicadores de atividades e/ou recursos dos serviços que guardam consistência interna aceitável, o que permite analisá-los separadamente. Esses domínios correspondem à organização do processo de assistência, gerenciamento técnico do trabalho e disponibilidade de recursos.

A primeira aplicação nacional do estudo Qualiaids, ocorrida entre 2001 e 2002, em parceria com DIAHV, abrangeu sete estados brasileiros (São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Ceará, Pará e Maranhão), dos 336 serviços incluídos no estudo, 322 (92,3%) responderam ao instrumento. A metodologia empregada para analisar o perfil de qualidade dos serviços foi através de análise descritiva e da técnica estatística de agrupamento por K-médias, que tem por objetivo formar grupos heterogêneos entre si, nos quais, dentro de cada grupo, as instituições fossem mais homogêneas possíveis internamente. A pontuação foi de 0 a 2, sendo essa última considerada o “padrão-ouro”. (NEMES et al., 2004). Os resultados desse primeiro estudo demonstraram que 76 (24%) serviços destacaram-se com o melhor nível de qualidade, 56 (16%) ficaram no nível 2, 113 (35%) no nível 3, enquanto que 80 (25%) ficaram no último nível de qualidade. (BACCARINI, 2011).

Com base nessa pesquisa, foi possível perceber que os indicadores relacionados à organização do trabalho obtiveram maior peso para qualidade, e que, em contrapartida, serviços com características relacionadas a pequeno porte e o fato de não atenderem exclusivamente HIV/Aids associaram-se com piores níveis de qualidade e maior risco de não adesão do paciente ao tratamento. (NEMES et al., 2004).

Em 2004, o Qualiaids passou por um processo de revisão e foi adaptado para versão em sistema web, com acesso restrito por *login* e senha, contendo 107 questões estruturadas, abordando as mesmas três dimensões do questionário anterior. A segunda aplicação ocorreu no ano de 2007, incluindo os 27 estados do país. Dos 636 serviços, 79,2% deles responderam ao instrumento, porém 72,8%

(463) foram analisados, pois foram os que preencheram 90% das questões. O resultado desse segundo estudo dividiu os serviços em seis níveis de qualidade, sendo que 28,9% serviços destacaram-se com o melhor nível de qualidade, 43,8% ficaram entre os três níveis intermediários, enquanto que 27,6% apontaram nos dois últimos níveis de qualidade. (BACCARINI, 2011).

A última aplicação nacional do Qualiaids ocorreu em 2010, sendo que 97,3% (641) dos serviços convidados compuseram a amostra. Os dados publicados foram de âmbito nacional, não existindo publicações desagregadas por estados, apenas por regiões do país. Sabe-se que 59 serviços do estado do RS foram convidados a participar, mas apenas 42 foram considerados para análise, pois foram aqueles que responderam à maior parte do instrumento, representando uma taxa de participação de 71,2% (NEMES et al., 2011), porém não houve publicações de dados detalhados sobre esses serviços.

Os serviços foram estratificados em cinco grupos de níveis decrescentes de qualidade, sendo que o primeiro grupo concentrou 214 (33,4%) dos serviços, o segundo grupo foi composto por 102 (15,9%) serviços, no terceiro, 79 (12,3%), no quarto, 176 (27,5%), e, por fim, o último grupo foi composto por 70 (10,9%) dos serviços. (NEMES et al., 2011).

O comparativo entre esses três estudos destaca que houve aumento na participação de serviços no grupo de melhor qualidade, com resultados de 24%, 29% e 33%, respectivamente, entre os anos de 2001/2, 2007 e 2010. (NEMES et al., 2016).

Com base nos dados gerados pelas três versões do Qualiaids, acredita-se que a presença de adequações na estrutura física dos serviços, o acesso dos usuários ao atendimento e às consultas médicas e de outros profissionais, a disponibilidade e o tempo de espera para realização de exames de monitoramento e exames complementares, a prescrição de terapia antirretroviral e estratégias de estímulo à adesão ao tratamento, além da organização geral dos serviços, são fatores que podem estar relacionados com melhores níveis de qualidade de atendimento prestado por esses serviços.

Durante o ano de 2015, o Sistema Qualiaids foi atualizado e revalidado para que outros indicadores fossem incluídos, relativos a novas diretrizes incorporadas na atenção ao HIV/Aids, assim como, para elevação do padrão de qualidade esperado,

aumentando o parâmetro de exigência quando comparado com os anos anteriores. (NEMES et al., 2016).

No ano de 2016, todos os serviços do estado do RS foram convidados a participar da quarta versão da avaliação, através de contato prévio com a Coordenação Estadual de DST/Aids, da qual a autora do presente estudo compõe a equipe técnica, sendo responsável por realizar o contato com responsáveis pelos serviços e fornecer acesso ao Sistema Qualiaids. Diante disso, o presente estudo terá como base de dados as questões e pontuações obtidas através do preenchimento do instrumento Qualiaids, e serão analisados e descritos detalhadamente considerando as peculiaridades da região.

O segundo instrumento que será utilizado foi construído pela pesquisadora e orientadora do estudo com o objetivo de complementar as informações, tendo a inclusão de questões pertinentes para gestão estadual e que possam oferecer dados necessários para o conhecimento da realidade local e informações adicionais de estrutura e processo do cuidado. Constituído por 66 questões, divididas em 10 seções. Importante frisar que nem todas as questões elaboradas serão alvo de interesse para este estudo, pois algumas informações farão parte de estratégias de monitoramento e planejamento por parte da equipe técnica da gestão estadual.

Esse formulário será disponibilizado para o preenchimento pelos profissionais dos serviços através do FormSUS, que é um serviço do DATASUS para criação de formulários WEB. É autoaplicável, possui questões de múltipla escolha, de única alternativa ou de preenchimento de dados sobre as características de estrutura, gestão e assistência (Apêndice A).

Uma das finalidades do projeto de avaliação da qualidade, Qualiaids, foi de instrumentar o DIAHV a implementar iniciativas de qualidade, tais como sistemas de acreditação e monitoramento, com isso, contribuindo para montagem e aprimoramento desses sistemas. (BRASIL, 2008). Acredita-se, com isso, que a avaliação e o monitoramento de características essenciais de estrutura e processo de trabalho são imprescindíveis para o aprimoramento da qualidade de assistência em saúde, sendo essa uma das principais estratégias para produção de resultados e impactos na morbimortalidade da população portadora de HIV/Aids. (CASTANHEIRA, 2002).

A estrutura refere-se aos fatores organizacionais que definem o sistema de saúde em que o cuidado ocorre, incluindo os recursos materiais, recursos humanos

e estrutura organizacional (DONABEDIAN, 1997), assim como as características relativamente estáveis das instituições de saúde, as ferramentas e os recursos disponíveis, assim como seu ambiente físico e sua forma organizacional. Presume-se que uma boa estrutura dos serviços de saúde possa promover qualidade no atendimento e no cuidado, porém essa relação nem sempre é direta porque uma estrutura inadequada pode diminuir os níveis de qualidade em um serviço, mas não é capaz de determinar tal resultado. (DONABEDIAN, 1980).

O acesso, que também faz parte do próprio conceito de qualidade (DONABEDIAN, 1990), corresponde à disponibilidade em que o serviço de saúde fornece instalações, estruturas e processos que atendam às necessidades dos indivíduos, ou seja, enfatiza se os indivíduos podem acessar as estruturas de saúde e o processo de cuidado do qual necessitem, incluindo as barreiras geográficas e/ou físicas e/ou organizacionais para o atendimento. (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000).

A acessibilidade pode ser conceituada pelo fator “resistência”, ou seja, os obstáculos ecológicos, financeiros e organizacionais presentes no processo de busca e obtenção de cuidado e pelo “poder de utilização”, que inclui a capacidade da população para superar tais obstáculos. (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

Com base nesses conceitos relativos à estrutura, seguem os indicadores que foram inseridos no sistema Qualiaids referentes a essa categoria e que geraram para cada serviço pontuação na dimensão de recursos, e que compõe uma parte da pontuação geral, descritos no quadro 1.

Quadro 1- Indicadores relacionados à estrutura por dimensão, domínio, critério de indicador e nº de questão no Qualiaids.

Indicadores Relacionados à Estrutura			
Dimensão	Domínio	Critério de indicador	Nº Questão
Recurso	Capacitação e experiência dos profissionais	Profissionais responsáveis pelo acondicionamento dos resíduos contaminados	R66
Recurso	Disponibilidade de profissionais de equipe mínima	Nº de enfermeiros/ Nº pacientes	R10
Recurso	Disponibilidade de profissionais de equipe mínima	Nº de aux. ou téc. enf./ Nº pacientes	R10
Recurso	Disponibilidade de profissionais de equipe mínima	Nº de assis. sociais/ Nº pacientes	R10
Recurso	Disponibilidade de profissionais de equipe mínima	Nº de psicólogos / Nº pacientes	R10
Recurso	Disponibilidade de profissionais de equipe mínima	Hora médico/ Nº pacientes	R9
Recurso	Estrutura física	Disponibilidade de salas para atendimento	R7
Recurso	Estrutura física	Acessibilidade	R8
Recurso	Medicamentos, insumos, exames e referências	Medicamentos antirretrovirais	R51
Recurso	Medicamentos, insumos, exames e referências	Medicamentos para distúrbios metabólicos	R52
Recurso	Medicamentos, insumos, exames e referências	Medicamentos para profilaxia primária de infecções oportunistas	R53
Recurso	Medicamentos, insumos, exames e referências	Medicamentos para profilaxia secundária de infecções oportunistas	R54
Recurso	Medicamentos, insumos, exames e referências	Medicamentos para infecções micobacterianas	R55
Recurso	Medicamentos, insumos, exames e referências	Medicamentos para infecções sexualmente transmissíveis	R56
Recurso	Medicamentos, insumos, exames e referências	Medicamentos para tratamento de hepatite B e C	R57
Recurso	Medicamentos, insumos, exames e referências	Disponibilidade de insumos	R58
Recurso	Medicamentos, insumos, exames e referências	Trabalho em rede: modalidades assistenciais	R61
Recurso	Medicamentos, insumos, exames e referências	Coleta de exames	R62
Recurso	Medicamentos, insumos, exames e referências	Trabalho em rede: exames de avaliação inicial e seguimento	R63
Recurso	Medicamentos, insumos, exames e referências	Trabalho em rede: exames para diagnóstico e seguimento de intercorrências e comorbidades	R64
Recurso	Medicamentos, insumos, exames e referências	Trabalho em rede: médicos especialistas e outros profissionais	R65

Fonte: Sistema Qualiaids (2016)

De modo a complementar as informações referentes à estrutura serão utilizadas sete questões no instrumento FormSUS. Esses dados locais regionais serão analisados separadamente, de forma a complementar a descrição do perfil tecnológico dos serviços de saúde. Segue a descrição das questões no quadro 2.

Quadro 2 - Questões relacionadas à estrutura por dimensão e nº de questão no instrumento elaborado no FormSUS

Questões Relacionadas à Estrutura		
Dimensão	Indicador	Nº Questão
Acessibilidade	Planta física adequada às normas de acessibilidade	13
Acessibilidade	Localização geográfica em relação à rede de transportes	12
Acesso	Número de dias da semana de atendimento ao público	7
Acesso	Número de horas por dia de atendimento ao público	8
Acesso	Intervalo do serviço.	10
Acesso	Forma de acesso à marcação de consultas médicas	22
Acesso	Forma de marcação das consultas de retorno	24

Fonte: Pesquisadora

O processo de trabalho indica o cuidado que está realmente sendo ofertado e recebido, envolvendo interações entre usuários e estrutura de cuidado de saúde. (DONABEDIAN, 1997). O processo constitui-se no cuidado clínico e interpessoal, que engloba a definição e comunicação dos problemas ou necessidades, diagnósticos, sua gestão e coordenação por parte do paciente e profissional de saúde. (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000).

No Sistema Qualiaids as dimensões organização do processo de assistência e o gerenciamento técnico englobam indicadores relacionados ao processo de trabalho. Os serviços receberão pontuação em cada uma dessas dimensões, que somadas junto com a dimensão de recursos fornecem a pontuação geral. No quadro 3, estão descritos os 32 indicadores referentes à dimensão processo de assistência.

Quadro 3 - Indicadores relacionados à organização do processo de assistência, por domínio, critério de indicador e nº de questão, no sistema Qualiaids.

Indicadores Relacionados à dimensão processo de assistência		
Domínio	Critério de indicador	Nº Questão
Acolhimento de pacientes novos	Primeiro atendimento	A17
Acolhimento de pacientes novos	Modo de realização da profilaxia pós-exposição (PEP)	A18
Acolhimento de pacientes novos	Primeiro atendimento	A19
Acolhimento de pacientes novos	Forma de atendimento dos pacientes não matriculados	A20
Acolhimento de pacientes novos	Primeiro atendimento: tempo de espera para a primeira consulta médica	A21
Atividades específicas de adesão ao tratamento	Acompanhamento do uso de antirretroviral dos pacientes	A31
Atividades específicas de adesão ao tratamento	Condutas para pacientes com dificuldades no uso da medicação	A33
Atividades específicas de adesão ao tratamento	Formas de atendimento para paciente que ficou sem medicamento	A34
Organização geral da assistência de enfermagem	Procedimentos de enfermagem antes do atendimento médico	A22
Organização geral da assistência de enfermagem	Procedimentos de enfermagem após o atendimento médico	A35
Organização geral da assistência de enfermagem	Atividades do aux. e/ou tec. de enfermagem	A42
Organização geral da assistência de enfermagem	Atividades do enfermeiro	A43
Organização geral da assistência de outros profissionais	Formas de acesso ao atendimento odontológico	A25
Organização geral da assistência de outros profissionais	Atividades do psicólogo	A44
Organização geral da assistência de outros profissionais	Atividades do assistente social	A45
Organização geral da assistência de outros profissionais	Atividades do farmacêutico	A46
Organização geral da assistência médica	Formas de marcação de horário de consulta	A23
Organização geral da assistência médica	Forma de acesso ao atendimento ginecológico	A26
Organização geral da assistência médica	Tempo médio de consulta médica de caso novo	A27
Organização geral da assistência médica	Tempo médio de consulta médica de retorno	A28
Organização geral da assistência médica	Trabalho dos médicos infectologistas e clínicos	A29
Atividades específicas de adesão ao tratamento	Intervalo entre consultas médicas, no início ou troca de TARV	A30
Organização geral do trabalho	Atendimento médico para pacientes não agendados (extras)	A39
Organização geral da assistência médica	Atividades dos médicos infectologistas e clínicos	A47
Organização geral da assistência médica	Assistência em lipodistrofia	A48
Organização geral do trabalho	Busca de pessoas com sorologia positiva que não retornaram ao serviço	A15
Organização geral do trabalho	Vínculo paciente e equipe	A24
Organização geral do trabalho	Busca de pacientes faltosos ao seguimento	A37
Organização geral do trabalho	Protocolo de atendimento para pacientes não agendados (extras)	A41
Organização geral do trabalho	Oferta de tratamento para pacientes com coinfeção por tuberculose	A59
Orientações e aconselhamento	Modo de realização do aconselhamento pós-teste	A16
Orientações e aconselhamento	Orientação sobre planejamento produtivo	A36

Fonte: Sistema Qualiaids (2016)

Além dos indicadores relacionados ao processo de assistência, estão incluídos também os 23 indicadores referentes à dimensão gerenciamento técnico do trabalho, no sistema Qualiids, que estão descritos no quadro 4.

Quadro 4 - Indicadores relacionados ao gerenciamento técnico do trabalho, por domínio, critério de indicador e nº de questão no sistema Qualiids.

Indicadores relacionados à dimensão gerenciamento técnico do trabalho		
Domínio	Critério de indicador	Nº Questão
Capacitação e experiência dos profissionais	Categorias profissionais que participaram de capacitação	G67
Capacitação e experiência dos profissionais	Acesso a texto e materiais de consulta	G68
Comunicação e interação serviço-paciente-comunidade	Mecanismos formais de encaminhamento de reclamações dos pacientes	G80
Comunicação e interação serviço-paciente-comunidade	Participação institucional dos pacientes	G81
Coordenação do trabalho	Trabalho em rede: formas de encaminhamento para outros serviços da rede	G60
Coordenação do trabalho	Trabalho em rede: atividades do SAE desenvolvidas com atenção básica	G49
Coordenação do trabalho	Trabalho em rede: atividades da AB desenvolvidas com os serviços especializados	G50
Coordenação do trabalho	Reuniões para discussão de casos/conduitas e protocolos	G69
Coordenação do trabalho	Profissional responsável pela coordenação técnica da equipe	G70
Coordenação do trabalho	Atividades do responsável pela coordenação técnica da equipe	G71
Coordenação do trabalho	Reuniões de equipe	G72
Coordenação do trabalho	Suporte aos profissionais	G73
Coordenação do trabalho	Supervisão técnica para os profissionais	G74
Coordenação do trabalho	Formas de articulação para resolução de problemas gerenciais	G77
Coordenação do trabalho	Intersectorialidade e interação serviço-comunidade	G82
Registros, avaliação, monitoramento e planejamento	Prontuários: tipo de arquivamento e profissionais que realizam o registro de atendimento	G11
Registros, avaliação, monitoramento e planejamento	Prontuários: utilização do registro padronizado	G12
Registros, avaliação, monitoramento e planejamento	Profissionais que realizam notificação compulsória	G13
Registros, avaliação, monitoramento e planejamento	Critério de abandono	G38
Registros, avaliação, monitoramento e planejamento	Utilização de dados epidemiológicos e outras informações de saúde para planejamento local	G75
Registros, avaliação, monitoramento e planejamento	Periodicidade das avaliações das atividades assistenciais	G78
Registros, avaliação, monitoramento e planejamento	Utilização de dados epidemiológicos e outras informações de saúde para avaliação	G79
Registros, avaliação, monitoramento e planejamento	Monitoramento das taxas de adesão à TARV	G32

Fonte: Sistema Qualiids, 2016.

Para complementar as informações referentes ao processo de trabalho serão exploradas três questões do instrumento FormSUS, conforme descrito no quadro 5.

Quadro 5 - Indicadores relacionados ao processo de trabalho por dimensão e nº de questão no instrumento elaborado no FormSUS

Indicadores Relacionados ao processo de trabalho		
Dimensão	Indicador	Nº Questão
Exames	Serviço realiza solicitação de exame de genotipagem	44
Referência	Existe fluxo estabelecido para Profilaxia pós-exposição	49
Referência	Referência para atendimento de lipodistrofia/lipoatrofia	59

Fonte: Pesquisadora

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do Estudo

Este será um estudo de pesquisa avaliativa que utilizará de técnica estatística para analisar a relação entre os indicadores de estrutura e processo e a qualidade de atendimento prestado pelos serviços do estudo.

3.2 Localização do estudo

O estado do Rio Grande do Sul está situado no extremo sul do país e ocupa cerca de 3% do território nacional. Sua população, em 2010, era de 10.639.929 habitantes (IBGE, 2011), compondo cerca de 6% da população brasileira. (RIO GRANDE DO SUL, 2016). É composto por 497 municípios, distribuídos em 30 regiões de saúde (RESOLUÇÃO CIB nº 555/2012), sendo que cada região contempla pelo menos um serviço especializado ou ambulatório de infectologia de referência para atendimento de PVHA residentes da região de saúde. Para tanto, todos os serviços especializados e ambulatórios de infectologia do RS serão convidados a participar do estudo.

3.3 População

Os 52 serviços de assistência especializada (SAE) e os 20 ambulatórios de infectologia que prestam atendimento de referência em HIV/Aids serão convidados a participar do estudo. Segue a distribuição desses serviços no estado do RS, conforme tabelas 1 e 2.

Tabela 1- Distribuição dos serviços especializados/ambulatórios de HIV/Aids, por município e região de saúde, Macrorregiões Centro-Oeste e Metropolitana. RS, 2016.

Macrorregião	Região de Saúde	Município	Serviço Especializado em HIV/Aids
Centro-Oeste	1	Santa Maria	SAE – HUSM Casa Treze de Maio
		Santiago	SAE/CTA
	3	Quaraí	Ambulatório de DST/Aids
		Rosário do Sul	Ambulatório de DST/Aids
		Alegrete	SAE
		Itaqui	SAE/SAT
		Uruguaiana	SAE/CTA
		São Gabriel	SAE
		Santana do Livramento	SAE
		Metropolitana	4
5	Capão da Canoa	SAE	
	Osório	SAE	
6	Tramandaí	PAI/CTA	
	Santo Antônio da Patrulha	Ambulatório de DTS/Aids	
	Taquara	SAE	
	Parobé	SAE/CTA	
7	Novo Hamburgo	SAE/CTA	
	Sapiranga	Ambulatório de DST/Aids	
8	Campo Bom	SAE/CTA	
	São Leopoldo	SAE/CTA	
	Canoas	SAE/CTA	
	Sapucaia do Sul	SAE/CTA	
	Esteio	SAE	
	Montenegro	Ambulatório/CTA	
	Guaíba	SAE	
	Charqueadas	SAE/CTA	
9	Camaquã	SAE/CTA	
	Eldorado do Sul	Ambulatório de DST/Aids	
	10		SAE/CTA Vila dos Comerciantes
			SAE/CTA IAPI
			SAE/CTA Santa Marta
			Ambulatório de Dermatologia Sanitária/CTA
			Sanatório Partenon/CTA
			Ambulatório Infecto HCPA
			Ambulatório Infecto Santa Casa
			Ambulatório Fêmea
	Ambulatório Infecto São Lucas		
	PUCRS		
	Ambulatório Infecto GHC		
	Alvorada	SAE/CTA	
	Viamão	SAE	
	Gravataí	SAE/CTA	
	Cachoeirinha	SAE	

Fonte: Seção Estadual de DST/Aids, Secretaria Estadual de DST/Aids do RS (2016).

Tabela 2 - Distribuição dos serviços especializados/ambulatórios de HIV/Aids, por município e região de saúde, Macrorregiões Missioneira, Norte, Sul, Serra e Vales. RS, 2016.

Macrorregião	Região de Saúde	Município	Serviço Especializado em HIV/Aids	
Missioneira	11	São Borja	SAE/CTA	
		Santo Ângelo	SAE/CTA	
		São Luiz Gonzaga	Ambulatório	
	12	Cruz Alta	SAE	
	13	Ijuí	SAE	
Norte	14	Santa Rosa	SAE/CTA	
	15	Frederico Westphalen	SAE	
	16	Erechim	SAE	
	17	Carazinho	SAE	
	17	Passo Fundo	SAE/CTA	
	18	Lagoa Vermelha	SAE/CTA	
	19	Soledade	SAE	
	20	Palmeira das Missões	Ambulatório/CTA	
	Sul	21	Pelotas	SAE/CTA
			Rio Grande	SAE/CTA
Santa Vitória do Palmar			Ambulatório – FURG Ambulatório	
22		Bagé	SAE	
		Dom Pedrito	Ambulatório	
Serra	23	Caxias do Sul	SAE/CTA	
		Canela	SAE	
	24	Vacaria	SAE	
	25	Bento Gonçalves	SAE/CTA	
	26	Farroupilha	SAE	
Vales	27	Cachoeira do Sul	SAE	
	28	Santa Cruz do Sul	SAE/CTA	
		Venâncio Aires	CADI / SAE	
	29	Lajeado	SAE	
	30	Estrela	SAE	

Fonte: Seção Estadual de DST/Aids, Secretaria Estadual de DST/Aids do RS (2016).

3.4 Coleta de dados

O período de coleta de dados compreenderá os meses de junho a outubro de 2016.

Os dados serão obtidos através do preenchimento do formulário padronizado do Qualiaids, que serão complementados com informações do questionário elaborado pela pesquisadora e disponível pelo FormSUS, preenchido simultaneamente com o primeiro instrumento pelos profissionais de saúde dos serviços.

A equipe será composta pela pesquisadora responsável, pela orientadora do estudo e por dois bolsistas que serão capacitados para realizar contato telefônico com os profissionais dos serviços e ambulatorios especializados para estimular o preenchimento dos instrumentos, assim como para conferência e digitação dos dados.

3.5 Instrumentos

Este estudo utilizará informações de dois instrumentos para coleta de dados dos serviços e ambulatorios especializados, são eles: o sistema Qualiads, 4ª versão, e o questionário elaborado pela pesquisadora no FormSUS.

3.6 Análise dos dados

O banco de dados será elaborado no *software* Excel 2010, em que os dados serão exportados por ambos os sistemas – Qualiads e FormSUS –, e serão submetidos à checagem de amplitude e consistência para posterior análise estatística através do programa SPSS 22.

Será realizada uma análise descritiva de indicadores do sistema Qualiads e de questões selecionadas no FormSUS, com objetivo de detalhar a realidade de cada serviço. Os dados sumarizados em variáveis categóricas, que serão descritas por frequências relativas e as contínuas serão descritas pela média e desvio padrão (DP).

Com base na metodologia utilizada para analisar os dados do Qualiads, as respostas obtidas serão classificadas em três níveis de qualidade (0, 1 e 2), em que maiores pontuações indicam que as características medidas no serviço estão próximas dos critérios e parâmetros preestabelecidos.

Para análise da qualidade será utilizado o método K-médias, que permite criar agrupamento de serviços de acordo com a similaridade, possibilitando que dentro de cada grupo as instituições sejam mais homogêneas possíveis.

3.7 Aspectos éticos

Este projeto será encaminhado para submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, observando as normas previstas na Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos. Também será encaminhado para o Comitê de Ética do Município de Porto Alegre por envolver serviços especializados pertencentes a esse município.

A Coordenadora estadual de DST/Aids assinará a Carta de Aceite (Apêndice B) permitindo o contato da pesquisadora com os serviços especializados em HIV/Aids de municípios para estímulo ao preenchimento dos instrumentos (Qualiaids e FormSUS). Aos profissionais de saúde que preencherão os questionários serão asseguradas quanto às informações necessárias para condução das atividades da pesquisa, assim como será assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

Os dados serão tratados com confidencialidade, sendo utilizados somente para fins de pesquisa. Em nenhum momento serão citados nomes das participantes, dessa forma, assegurando a privacidade das informações. Será garantido, também, que a participação na pesquisa não oferecerá danos aos profissionais dos serviços, sendo que a exposição aos riscos, de acordo com a Resolução 466/12 da CONEP, será mínima. Os benefícios previstos do estudo são sugestões de melhorias significativas na infraestrutura, organização administrativa e no atendimento aos pacientes vinculados às instituições a serem pesquisadas.

4 ORÇAMENTO

Descrição dos Itens	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Subtotal
Material de Expediente			
Folhas A4 (cx. 10 pacotes c/500 folhas cada)	6	126,00	756,00
<i>Tonner</i> para impressora	5	30,00	150,00
Fotocópias	2.000	0,10	200,00
Ligações Telefônicas	300	1,5	450,00
Contratação			
Bolsista de Graduação (2 bolsas)	12	400,00	4.800,00
Total			7.356,00

5 CRONOGRAMA

O cronograma estará sujeito a modificações conforme submissão e resposta do projeto nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP).

Descrição das atividades	2016												2017						
Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	
Delimitação do tema	■	■																	
Revisão da literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Construção do Projeto de Pesquisa	■	■	■	■	■														
Envio para o Comitê de Ética						■	■												
Treinamentos							■												
Coleta de dados							■	■	■	■									
Digitização dos dados										■	■	■							
Supervisão e Controle dos dados										■	■	■							
Análise dos dados											■	■	■	■					
Produção do artigo científico													■	■					
Divulgação dos resultados														■	■	■			
Entrega final																		■	■

REFERÊNCIAS

BACCARINI, R.P. Avaliação de implantação da assistência ambulatorial às PVHA no SUS: uma análise dos serviços de pequeno porte a partir das pesquisas Qualiaids. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

BARCELLOS, N. T.; SIVIERO, R. S. O Tratamento da Aids. In: LOUREIRO, R. P et al. (Org.). *A maioridade da Epidemia: Vivências na trajetória dos 21 anos da Aids no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2008. p. 25–36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 721, de 9 de agosto de 1989. *Normas Técnicas em Hemoterapia*. Brasília: MS, 9 ag. 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. *Nota Técnica n° 347/2014 - GLMIE/CGG/DDAHV/SVS/MS*. Disponibilidade do tenofovir 300mg+ Lamivudina 300mg+ Efavirenz 600mg (dose fixa combinada ou 3 em 1) aos Estados do Amazonas (AM) e Rio Grande do Sul (RS). Brasília: Ministério da Saúde, 20 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de risco à infecção pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p 54.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Qualiaids- Avaliação e Monitoramento da Qualidade e Recomendações de Boas Práticas da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p.100.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Relatório de Monitoramento Clínico do HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Teste Rápido: Por que não?* Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011*.

Regulamenta a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 28 jun. 2011, p. 1–10.

BRASIL. Presidência da República. *Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 19 set. 1990, p. 1-13.

BRASIL. Senado Federal. *Lei n° 9313, de 13 de novembro de 1996*. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de Aids. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 13 nov. 1996. p. 1.

CAMPBELL, S.M; ROLAND, M. O; BUETOW, S. A. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.

CASTANHEIRA, E. R. L. *Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/aids em serviços públicos no estado de São Paulo: Relações entre qualidade e organização do processo de trabalho*. São Paulo: 2002. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Apreciação Normativa. In: FIOCRUZ (Org.). *Avaliação - Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011a. p. 77–94.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Avaliação no Campo da Saúde: Conceitos e Métodos. In: FIOCRUZ (Org.). *Avaliação - Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011b. p. 291.

CHEN, H. T. *Theory-Driven Evaluations*. Newbury Park, California: Sage, 1990.

CONTRANDRIOPOULOS, A-P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: FIOCRUZ (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.132. ISBN 85-85676-36-14.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*, v.44, p.166-203, 1996.

DONABEDIAN, A. *The definition of quality: approaches to its assesment*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA : the Journal of the American Medical Association*, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1997.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med*, v.114, p.1115-1118, 1990.

FERREIRA, J.; LOUREIRO, R. P. A trajetória da Vigilância Epidemiológica. In: LOUREIRO, R. P. *et al.* (Org.). *A maioria da Epidemia: Vivências na trajetória*

dos 21 anos da Aids no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: SES, 2008. p. 9-18.

FURTADO, J. P. Avaliação de Programas e Serviços em Saúde. In: HUCITEC (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 968.

GALVÃO, J. *Aids no Brasil: a falência dos modelos*. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E.R; NEMES, M.I.B. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 5-8, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 de fev. de 2016

INOJOSA, R. M. Avaliação e controle do SUS: mudam-se as práticas? *Cadernos Fundap*, p.88-97, São Paulo, 1996.

MELCHIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v.40, n.1, p.143-151, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27128.pdf>>. Acesso em: 20 jun. de 2015.

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, p. 310-321, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/24.pdf>>. Acesso em: 20 de jun. de 2015

NEMES, M. I. B. et al. *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, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52013/relat_rio_fin_al_qualiaids_2010_11614.pdf>. Acesso em: 20 de jun. de 2015

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids, Brasil: estudo comparativo 2001/2007. *Rev.Saúde Pública*, v.47, n.1, p.137-146, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100018>. Acesso em: 20 de jun. de 2015

NEMES, M. I. B. et al. *Avaliação de serviços de saúde: A experiência do Qualiaids*. Práticas de avaliação em saúde no Brasil - diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf/view>>. Acesso em: 20 de jun. de 2015

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de DST/Aids do Rio Grande do Sul. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids e Sífilis*. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul.

Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. *Plano Estadual de Saúde: 2016/2019*. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. *Resolução CIB nº 555/2012*. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Porto Alegre, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. *Resolução CIB/RS nº 143/2014*. Realiza repasse financeiro para 55 municípios e Estado para atendimento de sua população e da população para a qual é referência macrorregional, regional e região de saúde, por meio da implementação de serviços estruturados para atenção às DST/HIV e AIDS e Hepatites Virais. Porto Alegre, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. *Resolução CIB/RS nº 663/2014*. Aprova a Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids e outras DST do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

SANTOS, S. S. B. S.; MELO, C. M. M. Aspectos metodológicos na utilização da análise de implantação na pesquisa avaliativa. In: EDUFBA (Org.). *Avaliação: Metodologias no campo da saúde e da formação*. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 310.

SOUZA, W. A.; SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Trinta anos de avanços políticos e sociais e os novos desafios para o enfrentamento da Aids no Brasil. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v.06, n.01, p.487-500, 2015.

UNAIDS. PREVENTION GAP REPORT, 2016. pag. 286. p. 1-11, 2016.

VIEGAS, A.a P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde e Sociedade* v.24, n.1, p.100-112, 2015.

RELATÓRIO DE CAMPO

Este relatório de campo tem como objetivo descrever a trajetória percorrida, a construção metodológica e o aprendizado obtido pela pesquisadora no transcorrer do estudo. Este documento é apresentado para defesa de dissertação, como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, intitulada: “**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO HIV/AIDS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**”.

1 ESCOLHA DA TEMÁTICA DO ESTUDO

A escolha da área temática deste estudo deve-se a atuação profissional atual da pesquisadora, visto que compõe a equipe técnica da Coordenação Estadual de DST/Aids do estado do RS. Nesse local de trabalho, foi realizado um mapeamento de todos os serviços e ambulatórios que atendem pessoas vivendo com HIV/Aids no estado, e esse levantamento despertou o questionamento sobre a qualidade do atendimento prestado devido às notórias diversidades estruturais e organizacionais.

A equipe da Coordenação Estadual de DST/Aids conhece pouco sobre a realidade local de cada serviço, a estrutura e os processos de trabalho desenvolvidos. Existem normativas nacionais e estaduais que são requisitadas para esses serviços e o trabalho de monitoramento está relacionado principalmente aos dados epidemiológicos da região e do município, enquanto que a avaliação de indicadores de processo e/ou acompanhamento sistemático das ações desenvolvidas pelos serviços ocorre eventualmente. O apoio fornecido a esses serviços, pela equipe estadual, dá-se mediante o esclarecimento de dúvidas dos profissionais, por telefone e/ou *e-mail* e por meio de visitas técnicas pontuais no que se refere a demandas mais específicas.

Diante disso, este estudo teve por objetivo:

- Avaliar a qualidade dos SAE e ambulatórios de infectologia que prestam atendimento para adultos que vivem com HIV/Aids, no estado do Rio Grande do Sul.

Neste sentido, foram utilizados os dados fornecidos pelos profissionais no sistema Qualiaids e pelo questionário elaborado por esta pesquisadora e sua orientadora, via instrumento FormSUS. Assim, todos os serviços especializados e ambulatórios do estado do RS, que atendem PVHA, tiveram a oportunidade de conhecer este trabalho e optar pela participação.

2 SUBMISSÃO AOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA

Este estudo foi, inicialmente, submetido ao CEP da UNISINOS, pois a pesquisadora e orientadora estão vinculadas a essa instituição de ensino. O projeto obteve aprovação, em junho de 2016, sob o nº CEP 16/074.

Este trabalho também foi submetido ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, em que foi orientada a realização de alterações na escrita do TCLE. Essas mudanças foram realizadas e reapresentadas a esse mesmo CEP, com aprovação em julho de 2016, sob o Parecer nº 1.618.093.

3 DESCRIÇÃO DOS PRINCIPAIS ENTRAVES

No decorrer da pesquisa, sucederam-se três obstáculos principais que dificultaram o andamento do estudo:

a) Submissão a dois diferentes CEP.

Foi necessário realizar contato com dois CEP para submissão do estudo – UNISINOS, e Porto Alegre –, que se regem por documentações e orientações diferentes, o que por vezes gerou questionamentos sobre a viabilidade e a existência de um tempo hábil para a execução do projeto.

b) Contato com todos os serviços que prestam atendimento para PVHA no estado do RS.

Diversos contatos com os responsáveis pelo serviço foram necessários para efetivar a participação no estudo, ainda assim nem todos foram contemplados. As maiores dificuldades encontradas foram nos serviços que estão vinculados às instituições hospitalares, que geralmente são compostos apenas por médicos e residentes, não possuindo coordenador administrativo e/ou gerencial que pudesse fornecer os dados para a pesquisa.

Importante frisar que, no início do estudo, tinha-se como referência 72 serviços, porém, no decorrer da pesquisa, obteve-se o conhecimento que outros serviços também fazem parte dessa rede, totalizando 75 serviços no estado do RS, sendo que todos foram contatados e convidados a participar do estudo.

Cabe salientar que, embora sabidamente serviços de qualidade, os ambulatórios vinculados aos grandes hospitais apresentaram grande dificuldade para a concretização do estudo, pois, além das barreiras encontradas na identificação e no contato dos responsáveis pelos serviços, quando se obteve o preenchimento dos dados solicitados para o estudo, este foi, ainda, parcial, impossibilitando uma análise mais aprofundada da característica dessas instituições.

c) Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram o sistema Qualiaids (Anexo A) e um questionário elaborado no FormSUS (Apêndice B). O fato de utilizar dois instrumentos na pesquisa gerou algumas dificuldades, pois foi necessário conferir o preenchimento de ambos os instrumentos pelos 70 serviços participantes do estudo. Muitos profissionais relataram como entrave a extensão dos questionários e o tempo requisitado para o preenchimento, ademais, alguns dados foram difíceis de serem coletados devido ao desconhecimento, por parte dos responsáveis, de algumas informações, assim como porque muitos dados não estavam informatizados, tais como número de usuários cadastrados, número de usuários em terapia antirretroviral, número de pacientes em abandono, entre outros.

4 METODOLOGIA EMPREGADA NO ESTUDO

Trata-se de pesquisa avaliativa que utilizou de técnica estatística para analisar a relação entre os indicadores de estrutura e processo e a qualidade de atendimento prestado pelos serviços do estudo.

4.1 Coleta de dados

Os dados foram coletados pela mestrandia Marina Gabriela Prado Silvestre e pelo bolsista de iniciação científica Thiago Castello Costa, no período de julho a outubro de 2016. Coube ao bolsista de iniciação científica realizar os contatos telefônico e por *e-mail*, para tanto ele recebeu orientações e treinamento prévio.

Em junho de 2016, ocorreu uma reunião com os coordenadores municipais de DST/Aids para apresentação do projeto de pesquisa, dos objetivos, dos instrumentos

utilizados e do prazo de preenchimento dos instrumentos, que ficou estabelecido para até outubro de 2016.

Após essa reunião, foi enviado o Ofício Circular Estadual nº22/2016, por *e-mail*, para explicar os objetivos e as orientações para participação no estudo, bem como para fornecer o *login* e a senha de acesso ao sistema Qualiaids, o *link* de acesso ao questionário no FormSUS, além do TCLE. Após esse *e-mail*, foi realizado contato telefônico com todos os serviços da rede para sanar dúvidas e reforçar a importância da participação, quando se obteve a adesão de 20 serviços.

Num segundo momento, foi, novamente, realizado contatos telefônicos para conversar com os coordenadores responsáveis pelo serviço e reforçar a importância da participação do serviço no estudo, de modo a questionar quais dúvidas e dificuldades para o preenchimento, solicitando novamente a participação. Em alguns serviços, foi necessário um contato direto entre a pesquisadora e o coordenador do serviço, que ocorreu através de *e-mails*, ligações telefônicas e/ou visitas técnicas de sensibilização. Após esse último contato, obteve-se a adesão de 70 serviços de saúde na pesquisa.

Desse total, cinco serviços não preencheram nenhum dos instrumentos solicitados, não sendo inseridos no estudo. Totalizaram-se 61 serviços com preenchimento de ambos os instrumentos e nove serviços que preencheram apenas um dos instrumentos, compondo uma população de estudo de 70 instituições de saúde.

Quadro 1 – Número de serviços que preencheram os instrumento Qualiaids e FormSUS.

	Preenchimento total	Parcialmente preenchido	Não preenchido
Qualiaids	67 serviços	1 serviço	7 serviços
FormSUS	64 serviços	-	11 serviços
Ambos*	61 serviços	9 serviços* (preenchido apenas um instrumento)	5 serviços

Fonte: Dados da Pesquisa

4.2 Banco de dados

Os dados dos instrumentos utilizados foram tabulados em Excel, sendo posteriormente agrupados e exportados para o programa SPSS 22 para limpeza do banco e análise dos dados. As informações extraídas dos instrumentos e utilizadas no banco de dados para este estudo foram as seguintes:

Perfil dos serviços – dados coletados a partir do Qualiaids do FormSUS, que têm por objetivo descrever o perfil do atendimento e mapear os serviços constituídos na rede de atendimento.

- Número de serviços distribuídos geograficamente entre as regiões de saúde do estado do RS.
- Categorização do porte dos serviços em três níveis, utilizou-se uma adaptação baseada nas categorias quantitativas de PVHA atendidas pelo serviço, informada no sistema Qualiaids, de forma a permitir a comparação. Dessa forma tem-se:
 - pequeno porte com atendimento para até 100 usuários;
 - médio porte entre 101 e 500 usuários;
 - grande porte com atendimento acima de 501 usuários.

- População atendida – descrita em percentual de atendimento para população adulta infectada pelo vírus do HIV, crianças portadoras de HIV, gestantes soropositivas, crianças expostas ao vírus do HIV, coinfectados por tuberculose, pessoas com infecções sexualmente transmissíveis, atendimento de PEP e profilaxia pré-exposição (Prep).
- Categorização da capacidade de atendimento médico através da razão entre a carga horária semanal médica total e o número de pessoas vinculadas ao serviço estudado. As categorias foram criadas a partir do relatório técnico do Qualiaids, que define que um profissional com carga horária de 20 horas semanais atenderia, com qualidade, 200 PVHA por mês. As outras categorias foram criadas a partir dessa. Desta forma, tem-se três níveis:
 - adequado, em que um médico atende até 200 pessoas;
 - inadequado, no qual um médico atende entre 201 e 500 pessoas;
 - acima do inadequado, em que mais de 500 pessoas são atendidas por apenas um médico.
- Tipo de unidade de saúde que atende os usuários – categorizados em: SAE; ambulatório especializado; ambulatório inserido em um serviço da AB; serviço de atenção básica; ambulatório de assistência em várias especialidades e ambulatório vinculado ao hospital.
- Disponibilidade de profissionais de equipe mínima – presença ou ausência de profissional auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro, assistente social, dentista, farmacêutico e psicólogo.
- Localização geográfica dos serviços em relação à rede de transporte – categorizadas em: perto (até 2 quadras); distância média (3 a 5 quadras); e longe (mais de 5 quadras).
- Planta física adequada às normas de acessibilidade – dicotômica sim/não.
- Disponibilidade de medicamentos antirretrovirais – categorizadas em: não houve falta em 6 meses; falta no máximo de 7 dias; falta entre 8-15 dias; falta entre 16-30 dias; e o serviço não é Unidade de Dispensação de Medicamento (UDM) (não se aplica).
- Disponibilidade dos seguintes insumos: preservativo masculino e feminino, gel lubrificante, teste rápido para HIV e sífilis – categorizados em: utilizado nos últimos 6 meses; não disponível nos últimos 6 meses; não faltou nos últimos 6 meses; faltou até 7 dias; faltou entre 8-15 dias; faltou mais de 16 dias.
- Realização das coletas dos exames pelos serviços – categorizadas em: coleta todos os exames; coleta parte dos exames e encaminha; e encaminha todos para coleta.
- Funcionamento do serviço: número de dias na semana de atendimento (1 dia, 2 dias, 3 dias, 4 dias, 5 dias e mais de 5 dias); número de horas por dia de atendimento (4 horas, 6 horas, 8 horas, 12 horas, mais de 12 horas); existe horário de intervalo (sim/não).
- Forma de acesso à marcação de consultas médicas: presencialmente, por telefone, por sistema de regulação e marcação por outros serviços da rede.
- Realizado marcação de consultas de retorno (sim/não).

- Atendimento em situações de PEP – categorizados em: não realiza esse atendimento; encaminha todas as demandas para serviço de urgência; e realiza todo o atendimento no serviço.
- Realização de aconselhamentos pós-teste diagnóstico de HIV – categorizados em: para resultados positivos e negativos; somente para resultados positivos; não realizado; e não realiza testes.
- Intervalo entre realização de exame diagnóstico de HIV e entrega do resultado – categorizado em: no mesmo dia; no dia seguinte; com menos de 1 semana; entre 1- 4 semanas; e com mais de 4 semanas.
- Tempo de espera para primeira consulta – categorizado em: mesmo dia; menos de 1 semana; entre 7-30 dias; entre 1-2 meses; entre 2-4 meses; mais de 4 meses.
- Intervalo para consultas de retorno no início ou para a troca de terapia, – categorizado em: 7 dias; 15 dias; 30 dias; 60 dias; e não existe rotina.
- Tempo de espera para as seguintes modalidades assistenciais – internação hospitalar convencional, pronto-socorro e ambulatório de referência para tratamento da coinfeção com hepatites virais (HV) – categorizado em: não disponível; disponível no mesmo dia; de 24-48 horas; de 3-7 dias; de 8-15 dias; de 16-30 dias; e mais de 31 dias.
- Forma de encaminhamento para especialistas e/ou para exames – categorizada em: encaminhamento verbal; com guia/carta; com guia/carta após contato prévio com serviço; e com guia/carta após agendamento de consulta e/ou exame.
- Busca de pacientes com sorologia reagente que não retornam ao serviço – categorizada em: aguarda retorno espontâneo; convoca todos os casos; convoca apenas gestante; convoca conforme autorização prévia do usuário; não se aplica, pois realiza somente testes rápidos; e não realiza testes.
- Busca de pacientes que faltam à consulta agendada – categorizada em: aguarda retorno espontâneo; busca em casos específicos; busca todos os casos conforme consentimento prévio; busca todos os casos mesmo sem consentimento prévio; e não realiza controle de faltosos.
- Periodicidade de coleta de exames laboratoriais – categorizada em: a cada três meses; uma vez por mês; duas vezes ao mês; uma vez por semana; duas vezes por semana; 3-4 vezes por semana; e não coleta.
- Disponibilidade para os seguintes exames de monitoramento, - contagem de linfócitos CD4, carga viral para HIV e genotipagem para HIV – categorizada em: não disponível; disponível em até 7 dias; entre 8-15 dias; entre 16-30 dias; entre 31-60 dias; entre 60-90 dias; e mais de 90 dias.
- Indisponibilidade de exames complementares iniciais e de seguimento para toxoplasmose, citopatológico de colo de útero, teste molecular para tuberculose, bacilosopia de escarro, cultura de escarro, prova tuberculínica, RX tórax e parasitológico de fezes, agrupados em frequência e percentual informado como não disponível.
- Disponibilidade de atendimento para os seguintes profissionais – ginecologista, psicólogo, dentista, psiquiatra, neurologista, cardiologista, oftalmologista e nefrologista – categorizada em: não

disponível; disponível em até 7 dias; entre 8-16 dias; entre 16-30 dias; entre 31-45 dias; entre 46-60 dias; e mais de 60 dias.

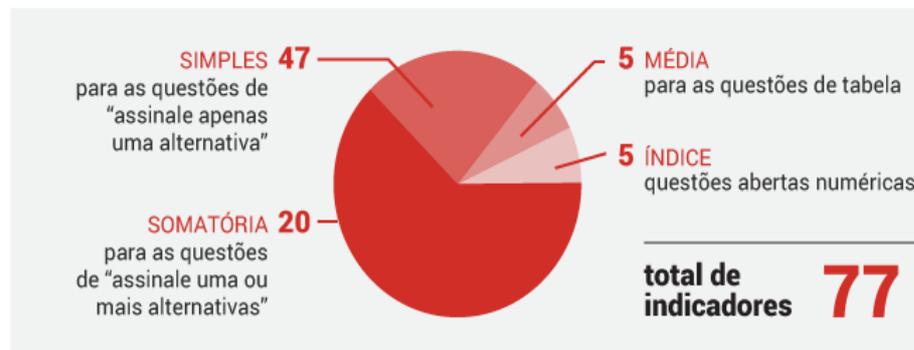
- Realiza solicitação de genotipagem (sim/não).
- Situações em que solicita genotipagem – situações descritas em percentual de frequência.
- Fluxo de referência para lipodistrofia/lipoatrofia definido (sim/não).

Mapeamento e análise das pontuações dos serviços no Qualiaids

Os serviços que preencheram todas as questões no sistema Qualiaids receberam automaticamente uma pontuação geral composta pela média das três dimensões de qualidade – organização do processo de assistência (A), gerenciamento técnico do trabalho (G) e disponibilidade de recursos (R).

Cada serviço recebeu uma pontuação geral mediante o somatório das pontuações obtidas entre as três dimensões. A pontuação de cada questão variou entre 0 a 2, de acordo com os tipos de questões (simples, somatória, média e índice). A pontuação zero (0) foi dada às questões que atingiram padrão insuficiente, pontuação um (1) quando o serviço atingiu um padrão aceitável e pontuação dois (2) nos casos em que foi atingido um padrão esperado. A figura 1 ilustra a distribuição das questões conforme o modo de distribuição dos indicadores.

Figura 1 - Distribuição das questões segundo modo de pontuação dos indicadores do Questionário Qualiaids.



Fonte: Sistema Qualiaids (2016)

- Pontuação Geral: coletada como variável numérica contínua (0-2). Categorizada em cinco classificações: primeiro, segundo, terceiro, quarto e quinto grupo de qualidade, conforme teste estatístico k-médias.
- Pontuação de Disponibilidade de Recursos - variável numérica contínua (0-2). Obtida através da pontuação média gerada pelas 22 questões da dimensão de recursos.
- Pontuação de Organização do Processo de Assistência - variável numérica contínua (0-2). Obtida através da pontuação média gerada pelas 33 questões da dimensão de assistência.
- Pontuação de Gerenciamento Técnico - variável numérica contínua (0-2). Obtida através da pontuação média gerada pelas 23 questões da dimensão de gerenciamento.

4.3 Limpeza do banco de dados

O banco de dados gerado pelas informações dos dois instrumentos obteve mais de 500 variáveis, sendo que a atividade de limpeza desse banco foi uma operação extremamente complexa e trabalhosa. Os dados utilizados foram definidos conforme os objetivos deste estudo, sendo agrupados em um banco único no programa SPSS.

5 METODOLOGIA DE ANÁLISE EMPREGADA NO ESTUDO

Após a organização dos dados em planilha Excel, foi realizada a análise estatística através do *software* SPSS 22. As variáveis foram categorizadas e seus números absolutos e frequências relativas descritas.

A análise *clusters* ou agrupamento é uma técnica utilizada para classificação de casos em grupos relativamente homogêneos, tendo com isso serviços agrupados que tendem a ser semelhantes entre si. (MALHOTRA, 2006). Para essa análise, utilizou-se o método K-médias que permite a formação de grupos mais homogeneamente possíveis de qualidade. Essa técnica foi utilizada para agregar os serviços de acordo com a pontuação média fornecida pelo sistema Qualiaids. Cinco grupos de níveis decrescentes de qualidade, – primeiro, segundo, terceiro, quarto e quinto –, foram criados para possibilitar comparações com o relatório de aplicação do Qualiaids 2010, com participação de âmbito nacional. Foi realizado o teste estatístico shapiro-wilk, cujo valor de significância para o p-valor foi de $< 0,05$, para analisar a existência de diferença estatística entre os grupos de qualidade.

6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados têm a intenção de responder ao objetivo geral do trabalho, que era de realizar uma análise dos serviços especializados e ambulatoriais de infectologia que prestam atendimento em HIV/Aids do estado do Rio Grande do Sul. Da mesma maneira que se pretendeu exibir os resultados dos dois objetivos específicos que incluíam realizar uma análise descritiva do perfil dos serviços no tocante à estrutura e ao processo de trabalho; e elaborar a análise de qualidade e o mapeamento dos serviços com suas respectivas pontuações do sistema Qualiaids.

A partir desses dados foram elaborados dois artigos científicos de forma a contemplar os principais resultados encontrados e serão apresentados como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

6.1 Análise descritiva do perfil e mapeamento dos serviços de HIV/Aids do RS

As Regiões de Saúde são espaços geográficos constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, cuja finalidade é integrar a organização, o planejamento e a execução das ações e dos serviços de saúde. (BRASIL, 2011). O estado do Rio Grande do Sul está dividido geograficamente em 497 municípios, que, por sua vez, estão dispostos em 30 regiões de saúde. (RIO GRANDE DO SUL, 2016). A população estimada pelo IBGE para o ano de 2015 foi de 11.247.972, tendo na R10 – Capital/Vale Gravataí – a maior densidade populacional.

Os 75 serviços que prestam atendimento para PVHA no estado distribuem-se heterogeneamente entre as regiões de saúde, com destaque para região

metropolitana e fronteira oeste do estado, que compõem aproximadamente 35% desses serviços localizados em seu território. Cabe ressaltar que todas as regiões de saúde possuem pelo menos um serviço que presta atendimento para PVHA, que geralmente constitui-se como referência regional para os demais municípios da região. (RIO GRANDE DO SUL, 2014a).

Na tabela 1, estão listadas informações referentes à população estimada em 2015^A, número de pessoas infectadas por HIV^B, por Aids^C e número de pessoas que foram a óbito por HIV/Aids^E, por região de saúde. Somando-se as pessoas infectadas por HIV e Aids e subtraindo-se as que foram a óbito, tem-se a estimativa de pessoas vivendo com HIV/Aids^F. Na última coluna, apresenta-se o cálculo estimado entre a razão de PVHA por serviços que prestam atendimento de HIV/Aids, por região de saúde.

Sobressaem-se negativamente seis regiões com mais de mil PVHA por serviço, sendo que três delas estão localizadas na região metropolitana do estado (R10, R8 e R7), com destaque para a capital e municípios localizados nas regiões Vale dos Sinos e Vale do Caí. Esses municípios apresentam uma população predominantemente urbana, correspondendo a 40% dos habitantes do estado do Rio Grande do Sul, e com uma grande diversidade de atividades econômicas. Com relação à rede de serviços de saúde, essa região é composta por um maior número de serviços de média e de alta complexidade tecnológica. (RIO GRANDE DO SUL, 2016) (Tabela 1).

A quarta região com maior número de PVHA por serviço está localizada no extremo sul do estado e faz fronteira com o Uruguai, com maior número de casos de HIV/Aids nos municípios de Rio Grande e Pelotas. Essa região é um importante polo de educação e de saúde no qual constam serviços de média e alta complexidade que são referência para os usuários da região, tendo como fonte socioeconômica a agropecuária, o comércio e os serviços. (RIO GRANDE DO SUL, 2016) (Tabela 1).

A quinta e sexta regiões de saúde, com mais de mil PVHA por serviço, estão localizadas em Caxias e Hortênsias (R23) e Verdes Vales (R1), que incluem os municípios de Caxias do Sul e Santa Maria, respectivamente. Em ambas as regiões, a população é predominantemente urbana, são referência para atendimento da população, compondo serviços de média e alta complexidade, além disso, são polos educacionais e econômicos para a região. (RIO GRANDE DO SUL, 2016) (Tabela 1).

Tabela 1 – População estimada, número de casos de Aids, N° de casos de HIV, Casos de Aids e HIV, N° óbitos, N° de PVHA, N° de SAE/Ambulatórios, N° de PVHA/N° de serviços, do Estado do Rio Grande do Sul, por região de saúde, 2016, RS.

Região de Saúde	Municípios com serviço HIV/Aids	População 2015 ^A	N° casos Aids ^B	N° casos HIV ^C	Casos de HIV / Aids ^D	N° óbitos HIV/ Aids ^E	N° PVHA ^F	N° de SAE Amb.	N° PVHA / N° serviços	
Total		11.247.972	84846	13852	98698	17393	81305	75	1084,1	
1	Verdes Campos	Santa Maria	436.180	2526	380	2906	548	2358	2	1179,0
2	Entre Rios	Santiago	127.473	439	42	481	84	397	1	397,0
3	Fronteira Oeste	Quaraí/ Rosário do Sul/Alegrete/Itaqui/Uruguai/ S. Livramento/São Gabriel	476.223	3183	470	3653	818	2835	7	405,0
4	Belas Praias	Torres / Capão da Canoa	150.143	1039	136	1175	195	980	3	326,7
5	Bons Ventos	Osório / Tramandaí / Sto. Antônio da Patrulha	220.667	1611	290	1901	430	1471	3	490,3
6	V.Paranhana/C. Serra	Taquara / Parobé	226.686	870	252	1122	250	872	2	436,0
7	Vale dos Sinos	Novo Hamburgo/Sapiranga/Campo Bom/S. Leopoldo	804.023	6137	1317	7454	1277	6177	5	1235,4
8	Vale Caí/Metrop.	Canoas / Sapucaia do Sul / Esteio / Montenegro	760.409	6627	1204	7831	1573	6258	4	1564,5
9	Carbonífera/Costa D.	Guaíba / Charqueadas / Camaquã / Eldorado do Sul	405.650	2810	517	3327	555	2772	5	554,4
10	Capital/Vale Gravataí	Porto Alegre/Alvorada/Viamão/Gravataí/Cachoeirinha	2.341.156	38859	5369	44228	7585	36643	14	2617,4
11	Sete Povos Missões	São Borja / Santo Ângelo / São Luiz Gonzaga	292.322	928	204	1132	262	870	3	290,0
12	Portal das Missões	Cruz Alta	156.450	850	127	977	215	762	1	762,0
13	Diversidade	Ijuí	231.593	471	97	568	98	470	1	470,0
14	Fronteira Noroeste	Santa Rosa	232.523	451	142	593	100	493	1	493,0
15	Caminho das Águas	Frederico Westphalen	191.024	300	36	336	51	285	1	285,0
16	Alto Uruguai Gaúcho	Erechim	238.325	552	59	611	108	503	1	503,0
17	Planalto	Carazinho / Passo Fundo	405.611	1853	279	2132	348	1784	2	892,0
18	Araucárias	Lagoa Vermelha	133.668	376	48	424	90	334	1	334,0
19	Botucará	Soledade	119.626	218	69	287	56	231	1	231,0
20	Rota da Produção	Palmeira das Missões	166.837	361	86	447	62	385	1	385,0
21	Sul	Pelotas / Rio Grande / Sta Vitória do Palmar	881.817	6082	1104	7186	1230	5956	4	1489,0
22	Pampa	Bagé / Dom Pedrito	189.963	521	83	604	123	481	2	240,5
23	Caxias e Hortênsias	Caxias do Sul / Canela	579.520	2557	739	3296	426	2870	2	1435,0

Região de Saúde	Municípios com serviço HIV/Aids	População 2015 ^A	Nº casos Aids ^B	Nº casos HIV ^C	Casos de HIV / Aids ^D	Nº óbitos HIV/ Aids ^E	Nº PVHA ^F	Nº de SAE Amb.	Nº PVHA / Nº serviços	
24	C. de Cima Serra	Vacaria	99.454	444	22	466	93	373	1	373,0
25	Vinhedos e Basalto	Bento Gonçalves	300.920	961	120	1081	150	931	1	931,0
26	Uva Vale	Farroupilha	181.549	457	122	579	73	506	1	506,0
27	Jacuí Centro	Cachoeira do Sul	207.072	971	55	1026	165	861	1	861,0
28	Vinte e Oito	Santa Cruz do Sul / Venâncio Aires	345.317	1368	227	1595	242	1353	2	676,5
29	Vales e Montanhas	Lajeado	220.378	657	159	816	113	703	1	703,0
30	Vale da Luz	Estrela	125.393	367	97	464	73	391	1	391,0

Fonte:

A – População estimada por Região de Saúde (CIR). IBGE, Estimativas de população, 2015.

B - Casos notificados no SINAN e SISCEL/SICLOM até 30/06/2016 e SIM de 2000 a 2016. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

FONTE: MS/SVS/DIAHV.

C - Número de casos de HIV notificados no SINAN, segundo região de residência por ano de diagnóstico. Rio Grande do Sul, 2007-2016.

Fonte: SINAN.

D – Somatório dos casos de Aids e HIV (A/B).

E – Número de óbitos por causa básica, segundo região de residência por ano do óbito. Rio Grande do Sul, 2004-2016. NIS/DGTI/SES/RS.

F – Somatório dos casos de Aids e HIV (A/B), excluídos os casos de óbitos (E).

O porte dos serviços especializados foi categorizado em quatro níveis de acordo com o número de PVHA atendidas pelo serviço, são eles: pequeno, médio, grande porte. A frequência, o percentual e a localização dos serviços conforme o porte dos serviços estão descritos no quadro 2 e figura 2.

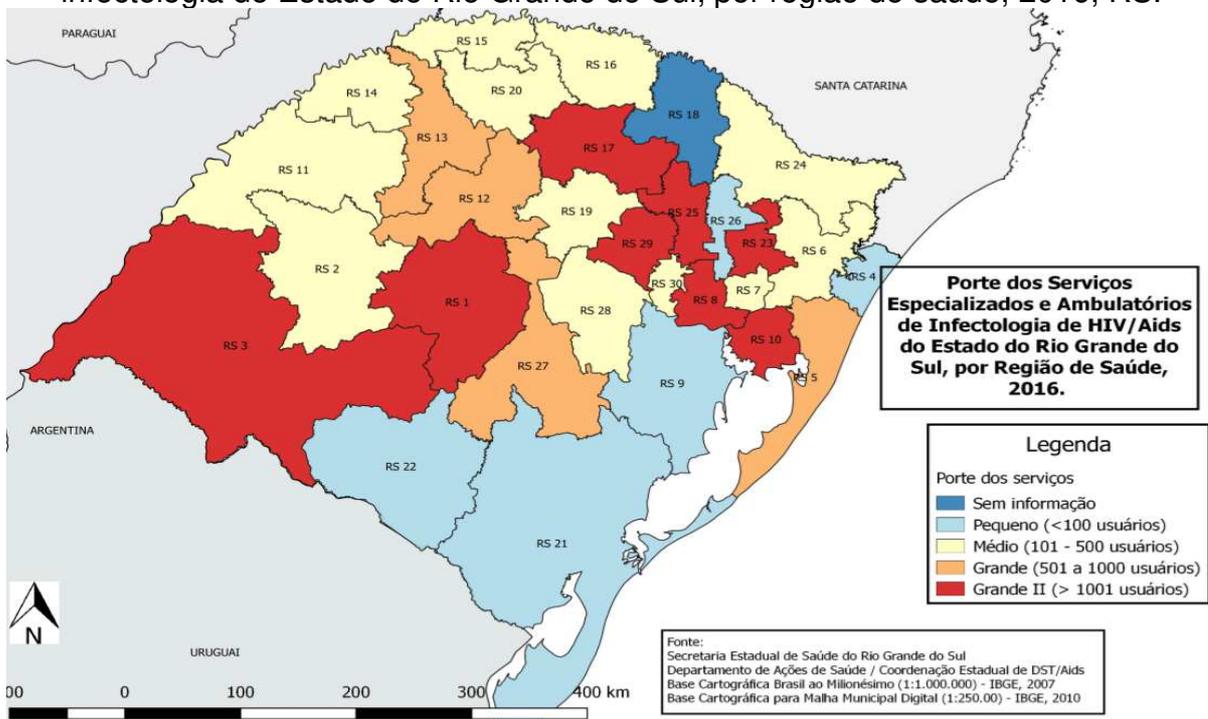
Quadro 2 – Número e percentual de serviços de HIV/Aids por porte, 2016 (N=75).

Porte dos serviços	Nº de usuários atendidos	Nº de serviços HIV/Aids
Pequeno	0 – 100	6 (8%)
Médio	101 a 500	31 (42%)
Grande	>500	29 (40%)
Sem informação	-	8 (11%)

Fonte: Dados da Pesquisa

Ressalta-se que a maioria dos serviços e ambulatórios que presta atendimento para PVHA caracteriza-se como de médio porte. Os serviços de grande porte estão concentrados principalmente na região metropolitana, fronteira oeste e serra, conforme a figura 2. Salienta-se que para visualização gráfica foram discriminados em dois grupos os serviços de grande porte (Figura 2).

Figura 2 – Mapa com o porte dos serviços especializados e ambulatórios de infectologia do Estado do Rio Grande do Sul, por região de saúde, 2016, RS.



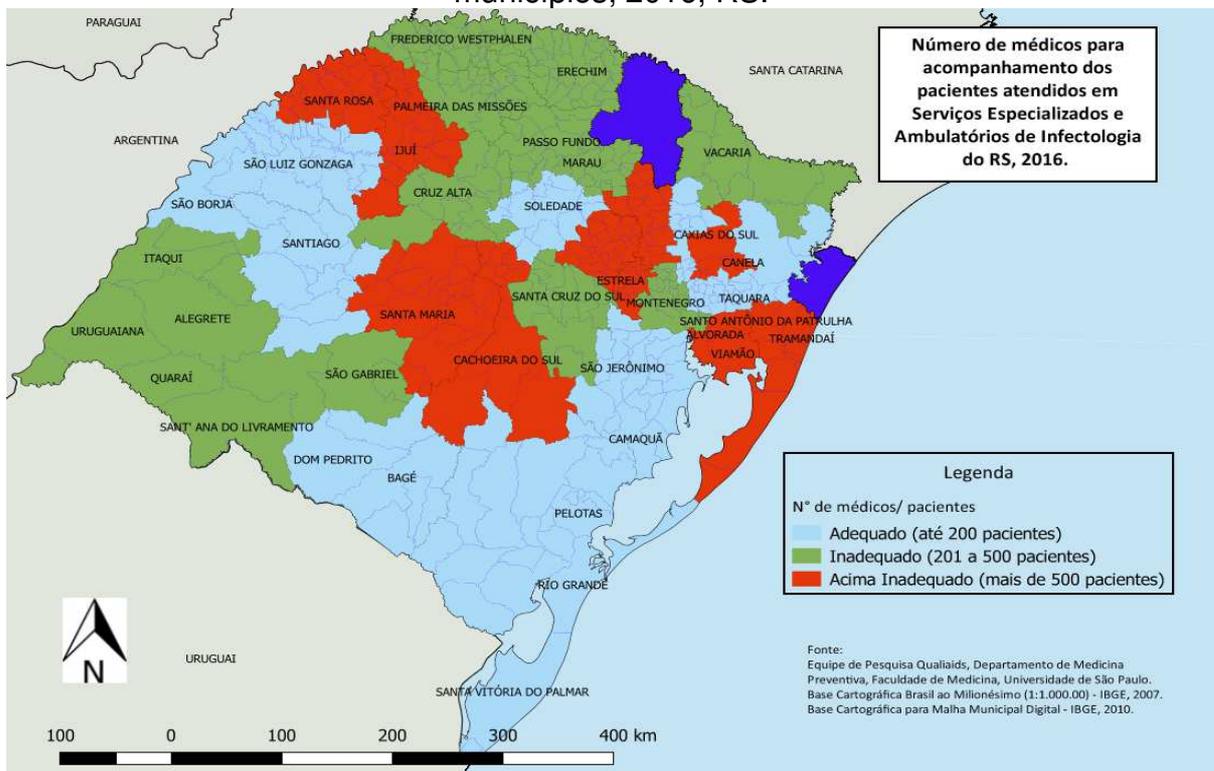
Fonte: Dados da Pesquisa

Dos 70 serviços estudados, 99% deles informaram realizar atendimento para população adulta infectada pelo vírus do HIV, 72% atendem crianças portadoras de HIV, 90% prestam atendimento para gestantes soropositivas e 69% para crianças expostas ao vírus do HIV (aquelas que ainda não possuem diagnóstico definido). Além disso, 85% dos serviços atendem pacientes coinfectados por tuberculose, 81%

coinfetados por hepatites virais e 82% atendem pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Com relação ao atendimento de PEP, 88%, 81% e 49% prestam atendimento de PEP ocupacional, sexual e violência, respectivamente, e 45% informaram realizar PREP, dado esse que deve ser visto com cautela tendo em vista que a estratégia de implantação da PREP ainda está em período de avaliação no território nacional.

Com relação à análise da carga horária (CH) médica, percebe-se que a maioria (45%) dos serviços possui CH mensal inadequada para o número de PVHA em acompanhamento, principalmente na macrorregião norte e fronteira oeste. Aproximadamente 26% dos serviços possuem uma CH médica mensal adequada com destaque para a macrorregião sul e alguns serviços pontuais, indicados na figura 3. Na macrorregião metropolitana, serra-vaies e em alguns serviços polos do interior do estado, percebeu-se que a maioria dos serviços está atendendo pacientes acima da sua capacidade, sinalizados em vermelho no mapa. Os pontos em azul-royal no mapa não indicam classificação porque não foram informados todos os dados possíveis para análise (Figura 3).

Figura 3 – Mapa com a capacidade de atendimento dos médicos por carga horário semanal de acordo com o número de pacientes atendidos nos serviços especializados e ambulatórios de infectologia do Estado do Rio Grande do Sul, por municípios, 2016, RS.



Fonte: Dados da Pesquisa

Dos serviços estudados, 60% são SAE, 29% são do tipo ambulatório especializado e 10% são do tipo serviço de atenção básica. Com relação à presença de profissionais da equipe mínima, 88% possuem pelo menos um auxiliar/técnico de enfermagem, 96% pelo menos um enfermeiro, 68% um assistente social, 26% um

dentista, 74% um farmacêutico e 69% possuem pelo menos um psicólogo em sua equipe (Tabela 2).

Referente à localização geográfica dos serviços em relação à rede de transportes, 84% informaram localização próxima de até duas quadras, além disso, 58% informaram não possuir planta física adequada às normas de acessibilidade aos usuários. Ao analisar fatores relacionados ao funcionamento dos serviços, 95% funcionam cinco dias na semana, 72% estão abertos oito horas por dia, cinco serviços (7,8%) estão abertos doze horas por dias, e 55% não realizam intervalo. Ao informar sobre a forma de marcação de consultas, 94% são realizadas presencialmente pelos usuários e 14% por telefone, ao passo que em 78% dos serviços os pacientes saem com consulta de retorno agendada. Sobre a coleta de exames laboratoriais, 58% dos serviços coletam parte dos exames e encaminham para outro ponto da rede para realização dos demais exames, além disso, 22% não realizam a coleta de nenhum exame (Tabela 2).

Em referência aos exames de monitoramento clínico – contagem de linfócitos CD4, carga viral para HIV – 30% coletam exames uma vez por semana, enquanto 25% realizam a coleta quinzenalmente. Sobre o tempo de espera entre a solicitação do exame e a entrega do resultado, 39% e 40% relataram que esse intervalo é de oito a 15 dias para exames de CD4 e carga viral, respectivamente, nenhum serviço relatou indisponibilidade para esses exames. A maioria, 93% e 91%, possuem acesso ao resultado desses exames em até 30 dias, respectivamente. O tempo de espera para entrega do resultado exame de genotipagem para HIV foi de 31% e 34% para intervalos entre 16-30 dias e 31-60 dias, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise descritiva dos dados de estrutura dos serviços e ambulatórios de atendimentos às PVHA no sistema Qualiaids e FormSUS, RS, 2016 (n=70)

Dados de estrutura	N (%)
Tipo de unidade de saúde	
SAE	41 (60,3)
Ambulatório especializado	7 (10,3)
Ambulatório inserido na atenção básica	7 (10,3)
Serviço de atenção básica	7 (10,3)
Ambulatório de várias especialidades	4 (5,9)
Ambulatório vinculado a um hospital	2 (2,9)
Serviços com pelo menos um profissional na equipe	
Aux./téc de enfermagem	59 (88,1)
Enfermeiro	64 (95,5)
Assistente Social	43 (67,6)
Dentista	18 (26,4)
Farmacêutico	50 (73,5)
Psicólogo	47 (69,1)
Localização geográfica em relação à rede de transportes	
Perto (até 2 quadras)	54 (84,4)
Médio (3 a 5 quadras)	8 (12,5)
Longe (mais de 5 quadras)	2 (3,1)
Planta física adequada às normas de acessibilidade	
Sim	27 (42,2)
Não	37 (57,8)
Funcionamento do serviço	
Nº de dias de semana de atendimento	
5 dias	61 (95,3)
3 dias	1 (1,6)
2 dias	1 (1,6)
1 dia	1 (1,6)

Dados de estrutura		N (%)
Nº de horas de funcionamento		
	12 horas	5 (7,8)
	8 horas	46 (71,9)
	6 horas	11 (17,2)
	4 horas	2 (3,1)
Existe horário de intervalo		
	Não	35 (54,7)
	Sim	29 (45,3)
Forma de marcação de consultas médicas		
	Presencialmente pelo usuário	60 (93,8)
	Por telefone	9 (14,1)
	Por sistema de regulação	1 (1,6)
	Por outros serviços da rede	6 (9,4)
Realizado marcação de consultas de retorno		
	Sim	50 (78,1)
	Não	14 (21,9)
Coleta de exames laboratoriais		
	Coleta todos os exames	13 (19,4)
	Coleta parte dos exames e encaminha os demais	39 (58,2)
	Encaminha todos os exames para coleta	15 (22,4)
Tempo de espera entre solicitação e resultado de exame de carga viral		
	Disponível em até 7 dias	14 (20,6)
	Disponível entre 8-15 dias	27 (39,7)
	Disponível entre 16-30 dias	21 (30,9)
	Disponível entre 31-60 dias	5 (7,4)
Tempo de espera entre solicitação e resultado de exame de CD4		
	Disponível em até 7 dias	17 (25,0)
	Disponível entre 8-15 dias	26 (38,2)
	Disponível entre 16-30 dias	20 (29,4)
	Disponível entre 31-60 dias	4 (5,9)
Tempo de espera entre solicitação e resultado de exame de genotipagem		
	Disponível em até 7 dias	3 (4,4)
	Disponível entre 8-15 dias	4 (5,9)
	Disponível entre 16-30 dias	21 (30,9)
	Disponível entre 31-60 dias	23 (33,8)
	Disponível entre 61-90 dias	8 (11,8)
	Disponível mais de 91 dias	5 (7,1)
	Não disponível	3 (4,4)

Fonte: Dados da Pesquisa

Sobre a disponibilidade de medicamentos, 40% dos serviços informaram que não tiveram falta de medicamentos antirretrovirais nos últimos seis meses e 24% informaram falta em até 7 dias. Constatou-se que 96%, 91%, 74% não tiveram falta de preservativo masculino, preservativo feminino, gel lubrificante, respectivamente, em seus serviços. Quanto aos testes rápidos para HIV e sífilis, os serviços relataram que 88% e 90% não indicaram falta nos últimos seis meses desses insumos, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise descritiva sobre disponibilidade de medicamentos e insumos pelos serviços e ambulatórios de atendimentos às PVHA, conforme o sistema Qualiaids, RS, 2016 (n=67).

Insumos / Medicamentos	N (%)
Falta de medicamentos antirretrovirais	
Não houve falta nos últimos 6 meses	27 (40,3)
Falta no máximo de 7 dias	16 (23,9)
Falta entre 8-15 dias	11 (16,4)
Falta entre 16-30 dias	7 (10,4)
Não se aplica, pois não fornece ARV	6 (9,0)
Falta de preservativo masculino	
Não disponível nos últimos 6 meses	2 (2,9)
Não faltou nos últimos 6 meses	65 (95,6)
Falta de preservativo feminino	
Não utilizado últimos 6 meses	2 (2,9)
Não disponível nos últimos 6 meses	2 (2,9)
Não faltou nos últimos 6 meses	62 (91,2)
Falta até 7 dias	1 (1,5)
Falta de gel lubrificante	
Não utilizado últimos 6 meses	3 (4,4)
Não disponível nos últimos 6 meses	4 (5,9)
Não faltou nos últimos 6 meses	50 (73,5)
Falta mais de 16 dias	10 (14,7)
Falta de teste rápido para HIV	
Não utilizado últimos 6 meses	1 (1,5)
Não disponível nos últimos 6 meses	1 (1,5)
Não faltou nos últimos 6 meses	60 (88,2)
Falta até 7 dias	3 (4,4)
Falta mais de 7 dias	2 (3,0)
Falta de teste rápido para sífilis	
Não utilizado últimos 6 meses	2 (2,9)
Não disponível nos últimos 6 meses	1 (1,5)
Não faltou nos últimos 6 meses	61 (89,7)
Falta até 7 dias	1 (1,5)
Falta mais de 16 dias	2 (2,9)

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto ao processo de atendimento das situações de PEP, 73% avaliam os casos, prescrevem medicamento, orientam e realizam seguimento dos usuários até o final do tratamento. Ao realizar uma análise sobre o primeiro atendimento aos usuários pelos serviços, 93% das instituições realizam aconselhamento pós-teste diagnóstico de HIV tanto para resultados positivos como para negativos, e 52% fornecem diagnóstico ao paciente no mesmo dia da realização do exame diagnóstico (Tabela 4).

Ao realizar o questionamento sobre tempo de espera para consultas, foi informado que 40% dos serviços apresentam um tempo de espera, para primeira consulta, menor que uma semana e 36%, entre sete a 30 dias, já o intervalo para consultas de retorno no início ou troca de terapia foi informado pela maioria (43%) como sendo um período de 15 dias e para 30% com intervalo de 30 dias (Tabela 4).

No tocante à realização de busca ativa de pacientes pelos serviços, 40% informaram convocar todos os usuários conforme autorização consentida, enquanto que 28% informaram convocar apenas as gestantes, que obtiveram resultado reagente em seu diagnóstico e não retornaram ao serviço para acompanhamento clínico. Além disso, 75% dos serviços relataram que realizam busca ativa de usuários faltosos em atendimento agendado para casos específicos de pacientes com exames alterados, com maior gravidade clínica, coinfectados, gestantes e em abandono de tratamento (Tabela 4).

Ao avaliar a solicitação de exames de genotipagem para HIV, aproximadamente 94% dos serviços informaram realizar requisição desse exame para as situações de falha terapêutica, tratamento para gestantes HIV e pessoas que tenham se infectado com parceiro em uso de TARV, sendo que o percentual de requisição pelos serviços foram 80%, 34% e 20%, respectivamente para essas situações. Por sua vez, 83% informaram contar com fluxo de referência para atendimento em casos de lipodistrofia e/ou lipoatrofia (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise descritiva sobre processo de trabalho desenvolvido pelos serviços e ambulatórios de atendimentos às PVHA conforme o sistema Qualiaids e Formsus, RS, 2016 (n=70).

Processo	N (%)
Atendimento em situações de PEP	
Realiza todo atendimento no serviço	49 (73,1)
Encaminha todas as demandas para serviço de urgência	16 (23,9)
Não realiza esse atendimento	2 (3,0)
Realização de aconselhamento pós-teste de diagnóstico para HIV	
Para resultados positivos e negativos	63 (92,6)
Somente para resultados positivos	2 (2,9)
Não realiza aconselhamento pós-teste	2 (2,9)
Não realiza testagem	1 (1,5)
Intervalo entre realização de exame diagnóstico e entrega do resultado	
No mesmo dia	33 (51,6)
No dia seguinte	3 (4,7)
Menos de 1 semana	17 (26,6)
Entre 1-4 semanas	10 (15,6)
Mais de 4 semanas	1 (1,6)
Tempo de espera para primeira consulta	
No mesmo dia	10 (14,9)
Menos de 1 semana	27 (40,3)
Entre 7-30 dias	24 (35,8)
Entre 1-2 meses	5 (7,5)
Entre 2-4 meses	1 (1,5)
Intervalo para consultas de retorno no início ou troca de terapia	
Intervalo de 7 dias	8 (11,9)
Intervalo de 15 dias	29 (43,3)
Intervalo de 30 dias	20 (29,9)
Intervalo de 60 dias	2 (3,0)
Não existe rotina	8 (11,9)
Busca de pacientes com diagnóstico positivo que não retornam ao serviço	
Convoca todos conforme autorização prévia do usuário	27 (39,7)
Convoca todos os casos	8 (11,8)
Convoca apenas gestante	19 (27,9)
Aguarda retorno espontâneo	6 (8,8)
Não se aplica	8 (11,8)
Busca de pacientes que faltam consulta agendada	
Entra em contato com todos conforme consentimento do usuário	9 (13,4)
Entra em contato com casos específicos conforme consentimento	50 (74,6)
Aguarda retorno espontâneo	6 (9,0)
Não se aplica, pois não realiza controle de faltosos	2 (3,0)
Periodicidade de coleta de exames de CD4 e carga viral	
Três a quatro vezes por semana	5 (7,8)
Duas vezes por semana	10 (15,6)
Uma vez por semana	19 (29,7)
Duas vezes ao mês	16 (25,0)
Uma vez ao mês	10 (15,6)
A cada três meses ou mais	2 (3,1)
Não coleta esses exames	2 (3,1)
Realiza solicitação de exames de genotipagem para HIV	
Sim	60 (93,8)
Não	4 (6,3)

Processo	N (%)
Existe fluxo estabelecido para atendimento de lipodistrofia e/ou lipoatrofia	
Sim	53 (82,8)
Não	11 (17,2)

Fonte: Dados da Pesquisa

Na tabela 5, lista-se a frequência de serviços e o percentual de indisponibilidade de exames laboratoriais que são solicitados para avaliação inicial e para seguimento dos casos de pacientes infectados pelo HIV. Destaca-se que os exames para diagnóstico de coinfeção TB/HIV são os que apresentaram maiores percentuais de indisponibilidade, com 57% e 18% para teste molecular de tuberculose e prova tuberculínica, respectivamente.

Tabela 5 - Análise descritiva sobre indisponibilidade de exames complementares pelos serviços e ambulatorios de atendimentos às PVHA conforme o sistema Qualiaids, RS, 2016 (n=67).

Exames complementares	N (%)
Sorologia para toxoplasmose	3 (4,4)
Citopatologia de colo de útero	2 (2,9)
Teste molecular de tuberculose	39 (57,4)
Baciloscopia de escarro	3 (4,4)
Cultura de escarro (BAAR)	3 (4,4)
Prova tuberculínica (PPD)	12 (17,6)
RX tórax	1 (1,5)
Parasitológico de fezes	1 (1,5)

Fonte: Dados da Pesquisa

Com relação ao tempo de espera para atendimento nos demais pontos na rede de serviços, 46% e 19% possuem disponibilidade para internação hospitalar convencional no mesmo dia ou em até 48 horas, respectivamente. Cerca 90% e 35% dos serviços possuem disponibilidade para atendimento no mesmo dia em unidades de pronto atendimento e ambulatorio de referência para pacientes coinfectados TB/HIV, respectivamente (Tabela 6).

Sobre o tempo médio de espera para atendimento de profissionais especialistas, 54% e 46% referiram uma disponibilidade entre 7-30 dias para atendimento ginecológico e para o profissional cardiologista, respectivamente. Para consultas com oftalmologista, neurologista, nefrologista e psiquiatra, 56%, 66%, 52% e 43% informaram uma disponibilidade para mais de 30 dias, respectivamente. Com relação ao atendimento pelos profissionais psicólogo, dentista e assistente social, os serviços informaram que há um tempo de espera de até 7 dias em 59%, 41% e 75%, respectivamente (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise descritiva sobre disponibilidade de encaminhamento para atendimento por profissionais especialistas pelos serviços e ambulatorios de atendimentos às PVHA conforme o sistema Qualiaids, RS, 2016 (n=67).

Tempo de espera para especialistas	N (%)
Ginecologista	
Disponível em até 16 dias	40 (58,8)
Disponível entre 16-30 dias	23 (33,8)
Disponível mais de 30 dias	4 (5,9)
Cardiologista	
Disponível em até 16 dias	14 (20,6)
Disponível entre 16-30 dias	23 (33,8)
Disponível mais de 30 dias	28 (41,2)
Não disponível	2 (2,9)

Tempo de espera para especialistas	N (%)
Oftalmologista	
Disponível em até 16 dias	9 (13,3)
Disponível entre 16-30 dias	17 (25,0)
Disponível mais de 30 dias	38 (55,8)
Não disponível	3 (4,4)
Neurologista	
Disponível em até 16 dias	4 (5,9)
Disponível entre 16-30 dias	15 (22,1)
Disponível mais de 30 dias	45 (66,2)
Não disponível	3 (4,4)
Cirurgião Geral	
Disponível em até 16 dias	12 (17,6)
Disponível entre 16-30 dias	17 (25,0)
Disponível mais de 30 dias	35 (51,5)
Não disponível	3 (4,4)
Psiquiatra	
Disponível em até 16 dias	14 (20,6)
Disponível entre 16-30 dias	19 (27,9)
Disponível mais de 30 dias	29 (42,7)
Não disponível	5 (7,4)
Psicólogo	
Disponível em até 16 dias	54 (79,4)
Disponível entre 16-30 dias	6 (8,8)
Disponível mais de 30 dias	5 (7,3)
Não disponível	2 (2,9)
Dentista	
Disponível em até 16 dias	46 (67,7)
Disponível entre 16-30 dias	10 (14,7)
Disponível mais de 30 dias	6 (8,8)
Não disponível	5 (7,4)
Assistente Social	
Disponível em até 16 dias	59 (86,8)
Disponível entre 16-30 dias	1 (1,5)
Não disponível	7 (10,3)

Fonte: Dados da Pesquisa

A tabela 7 traz informações a respeito da dimensão de gerenciamento técnico, sendo que 35,8% dos serviços relata realizar avaliação periodicamente, além disso, a maioria (97%) dos serviços desenvolve alguma atividade conjuntamente com as equipes de atenção básica. Ao informar a respeito da forma de encaminhamento para profissionais especialistas e/ou para a realização de exames, 33% encaminham somente após agendamento da consulta e/ou exame (Tabela 7).

Com relação à realização de reuniões, apenas 9% a executam regularmente entre a equipe para discussão de casos e para organização do processo de trabalho entre a equipe. 53,7% dos serviços informou que não existem atividades de supervisão técnica para os profissionais (Tabela 7).

Para resolução de problemas gerenciais a maioria dos serviços os encaminha para direção local ou os soluciona através de reuniões da equipe com a direção local para discussão e encaminhamento dos problemas. Apenas 13,4% refere possuir articulação intersetorial com instituições não ligadas à saúde ou Organizações Não-Governamentais (ONG). Além disso, 19,4% mencionam não possuir forma organizada de encaminhamento para as reclamações dos pacientes e 81,2% não possuem instâncias para participação organizada dos pacientes (Tabela 7).

Tabela 7 - Análise descritiva sobre gerenciamento técnico dos serviços de atendimento em HIV/Aids, conforme o sistema Qualiaids, RS, 2016 (n=67).

Gerenciamento Técnico	N (%)
Periodicidade das avaliações das atividades assistenciais	
Periodicamente para reprogramação as atividades	24 (35,8)
Esporadicamente, quando necessária	9 (13,4)
Anualmente para prestação de contas	3 (4,5)
Por iniciativa da coordenação estadual ou nacional	13 (19,4)
Não é realizada de forma sistemática	18 (26,9)
Trabalho em rede: atividades do SAE desenvolvidas com atenção básica	
Realização de busca de faltosos	38 (56,7)
Capacitações e matriciamento para diagnóstico, aconselhamento e tratamento	47 (70,1)
Apoio para pacientes com dificuldades de adesão TARV	36 (53,7)
Atendimento de intercorrências clínicas, demais condições crônicas	43 (64,2)
Pré-natal compartilhado das gestantes HIV+	48 (71,6)
Tratamento supervisionado compartilhado de tuberculose	40 (59,7)
Reuniões periódicas para discussão de casos clínicos	13 (19,4)
Campanhas de prevenção	46 (68,7)
Atividades de promoção e prevenção às IST/Aids	54 (80,6)
Não tem atividades em parceria com a AB	2 (3,0)
Trabalho em rede: formas de encaminhamento para outros serviços da rede	
Com guia/carta após agendamento prévio	22 (32,8)
Com guia/carta após contato prévio	12 (17,9)
Com guia/carta	32 (47,8)
Encaminhamento verbal	1 (1,5)
Reuniões para discussão de casos/conduas e protocolos	
Com profissionais da mesma categoria semanal, quinzenal ou mensal	6 (9,0)
Com toda equipe semanal, quinzenal ou mensal	24 (35,8)
Apenas quando existe necessidade	29 (43,3)
Não tem promovido reuniões	8 (11,9)
Reuniões de equipe	
Com profissionais da mesma categoria semanal, quinzenal ou mensal	6 (9,0)
Com toda equipe semanal, quinzenal ou mensal	29 (43,3)
Com toda equipe, pacientes, ONGs e/ou conselho gestor semanal, quinzenal ou mensal	0
Apenas quando existe necessidade	29 (43,3)
Não tem promovido reuniões	3 (4,5)
Supervisão técnica para os profissionais	
Supervisão técnica temática para equipe	6 (9,0)
Supervisão técnica externa para as diferentes categorias	2 (2,9)
Supervisão administrativa	6 (9,0)
Apoio institucional	24 (35,8)
Supervisão clínica para psicólogos	0
Não há atividades de supervisão	36 (53,7)
Formas de articulação para resolução de problemas gerenciais	
Encaminhamento para direção local	50 (74,6)
Reuniões da equipe e direção local para discussão e encaminhamento dos problemas	46 (68,7)
Comunicação e articulação com o movimento social organizado	11 (16,4)
Contato com outros serviços ou instâncias gerenciais para remanejamento de insumos e/ou acesso aos serviços necessários	27 (40,3)
Reunião com pacientes para encaminhamento de soluções conjuntas	6 (8,8)
Notificação à Coordenação Municipal de IST/Aids	21 (31,1)
Notificação à Coordenação Estadual de IST/Aids	27 (40,3)
Notificação ao Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais.	11 (16,4)
Notificação à Secretaria de Saúde	41 (61,2)
Aguarda providências de outras instâncias gerenciais.	11 (16,4)
Interação com instituições não ligadas à saúde ou ONG	
Não há integração	12 (17,9)
Integrações ocasionais	32 (47,8)
Integrações rotineiras	9 (13,4)
Mecanismos formais de encaminhamento de reclamações dos pacientes	
Não há forma organizada	13 (19,4)
Caixa ou livro de reclamações	4 (6,0)
Linha telefônica municipal específica	7 (10,4)
Sistema de ouvidoria no próprio serviço	7 (10,4)
Sistema de ouvidoria da secretaria	20 (29,9)

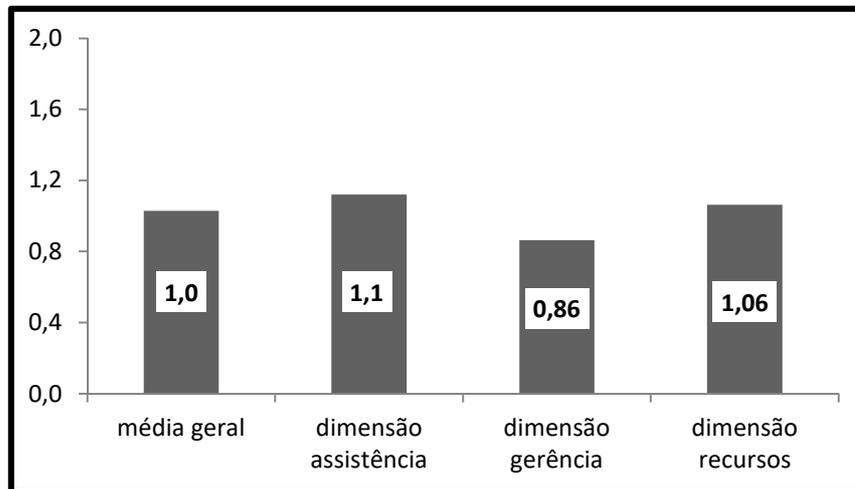
Gerenciamento Técnico		N (%)
Diretamente à direção local do serviço		11 (16,4)
Diretamente ao conselho gestor		5 (7,5)
Participação institucional dos pacientes		
Mediante organizações da sociedade civil		7 (10,4)
Mediante conselho gestor		5 (7,5)
Não há participação organizada dos pacientes		55 (82,1)

Fonte: Dados da Pesquisa

6.2 Análise das pontuações dos serviços no Sistema Qualiaids

A pontuação geral do estado do Rio Grande do Sul e suas pontuações médias obtidas nas três dimensões do Qualiaids estão representadas no gráfico 1.

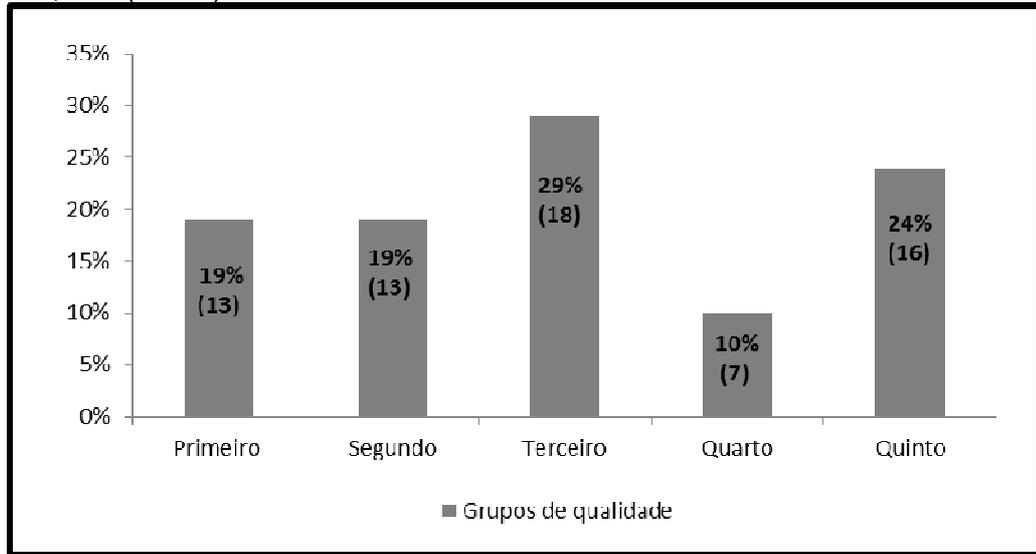
Gráfico 1 – Pontuação geral e pontuações médias das três dimensões do Qualiaids no estado do Rio Grande do Sul, 2016, RS (N=67).



Fonte: Dados da Pesquisa

Dos serviços que participaram do estudo, 67 (96%) possuíam pontuação válida para análise, já que responderam 100% das questões no sistema. A maioria dos serviços do estudo (29%) está representada pelo terceiro grupo de qualidade, seguido pelo último grupo, com 24% da amostra. (Figura 4 e Gráfico 2).

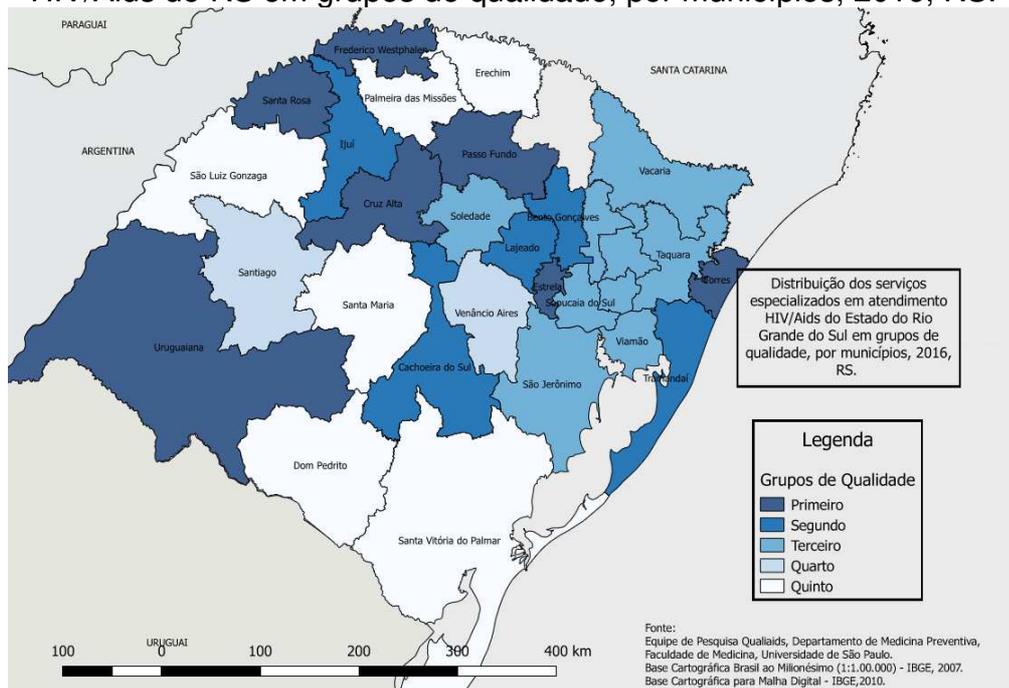
Gráfico 2 – Distribuição dos serviços nos cinco grupos de qualidade, Rio Grande do Sul, 2016, RS (N=67).



Fonte: Dados da Pesquisa

Ao realizar o teste Shapiro-Wilk, essa variável apresentou p-valor <0,001, demonstrando diferença estatisticamente significativa entre os grupos de qualidade. A distribuição geográfica dos serviços conforme sua pontuação no Sistema Qualiaids está representada pela figura 4, com destaque para a região metropolitana, em que a maioria dos serviços concentrou-se no terceiro grupo de qualidade, mesmo detendo os maiores perfis tecnológicos do estado. Na região da fronteira oeste e em alguns pontos no norte do estado, destacam-se os serviços que se classificaram no primeiro grupo de qualidade. O local com coloração cinza não possui pontuação porque não foram informados todos os dados possíveis para análise.

Figura 4 – Mapa com a distribuição dos serviços especializados em atendimento de HIV/Aids do RS em grupos de qualidade, por municípios, 2016, RS.



Fonte: Dados da Pesquisa

A amostra estudada compõe treze serviços no primeiro grupo de qualidade, que, conforme tabela 8, está composto por SAE (85%) e ambulatoriais (15%), 69% são serviços de médio porte e 31% de grande porte (Gráfico 1 e Tabela 8). Ressalta-se que essa amostra não possui nenhum serviço da Capital e apenas um está localizado na região metropolitana do estado. A maioria está localizada na região norte, missioneira e fronteira oeste do RS.

No segundo grupo, que também possui 13 serviços, a maioria dos serviços está caracterizada como SAE (77%), e 23% são ambulatoriais, contam com elevado número de usuários cadastrados, sendo que 100% são de grande porte (Gráfico 1 e Tabela 8). Salienta-se que todos os serviços especializados da capital estão distribuídos nesse grupo, assim como alguns da região serra e metropolitana do RS.

No terceiro grupo, que está representado por 29% da amostra estudada, possui uma representatividade menor de SAE (50%) e participação maior dos ambulatoriais e serviços inseridos na AB. Mais de 50% são de grande porte (Gráfico 1 e Tabela 8). Esse grupo está representado, em sua grande maioria, por serviços localizados na região metropolitana do estado, assim como alguns ambulatoriais da capital.

O quarto grupo de qualidade possui uma amostra de sete serviços de médio porte, com representação tanto de SAE como de ambulatoriais (Gráfico 1 e Tabela 8). Esse grupo possui heterogeneidade entre as localizações territoriais no estado, não apresentando um padrão.

O último grupo está representado por cerca de 30% de ambulatoriais (ambulatoriais especializados, vinculados a hospitais) e 25% de serviços de unidades básicas de saúde que prestam atendimento em HIV/Aids – maior representatividade desse modelo de unidade no estudo. São serviços de médio porte, com maior participação dos serviços de pequeno porte também (Gráfico 1 e Tabela 8). A maioria dos serviços é localizada na região metropolitana, seguidos da região sul e missioneira do estado.

Tabela 8 - Análise descritiva de características gerais dos grupos de qualidade, Qualiaids, RS, 2016 (n=67).

Características	Primeiro Grupo	Segundo Grupo	Terceiro Grupo	Quarto Grupo	Quinto Grupo
SAE	11 (84,6)	10 (76,9)	9 (50,0)	4 (57,1)	7 (43,8)
Ambulatórios Especializados	2 (15,4)	3 (23,1)	6 (33,4)	2 (28,6)	4 (25,0)
Ambulatórios vinculados a hospitais	-	-	1 (5,6)	-	1 (6,3)
Serviço de Atenção Básica	-	-	2 (11,1)	1 (14,3)	4 (25,0)
Características	Primeiro Grupo	Segundo Grupo	Terceiro Grupo	Quarto Grupo	Quinto Grupo
Serviços de pequeno porte	-	-	-	-	3 (23,1)
Serviços de médio porte	9 (69,2)	-	8 (50,0)	6 (85,7)	7 (53,8)
Serviços de grande porte	4 (30,8)	13 (100,0)	8 (50,0)	1 (14,3)	3 (23,1)

Fonte: Dados da Pesquisa

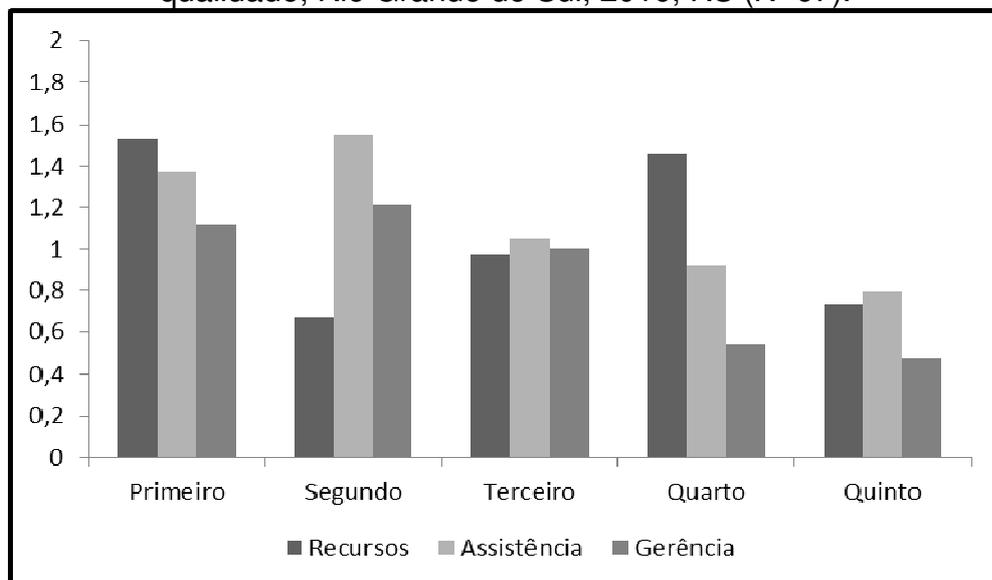
O gráfico 3 ilustra a constituição interna de cada grupo de qualidade quanto à média nas três dimensões avaliadas. Destaca-se que cada dimensão possui um bloco de questões, portanto, a média geral obtida em cada dimensão reflete o padrão de resposta observado nas questões, distribuídas no gráfico por cada grupo de qualidade. Com isso, as dimensões que obtiveram pontuação 2 são consideradas de “melhor qualidade”, ou seja, as respostas obtidas atingiram o padrão esperado de qualidade, enquanto que aquelas que receberam pontuação 1 possuem um padrão aceitável de resposta. (NEMES et al., 2016).

O primeiro grupo de qualidade possui pontuações decrescentes entre as dimensões, sendo que a de recursos destacou-se, apresentando maior pontuação. O segundo grupo, mostrou situação oposta, no qual a dimensão de recursos foi a menor, estando inclusive abaixo do padrão aceitável, sendo que a dimensão de assistência sobressaiu-se entre as três. No comparativo entre esses dois primeiros grupos, que possuem o mesmo quantitativo de serviços, percebe-se a importância do desempenho nas ações de assistência, além disso, pode-se considerar que a falta de recursos disponíveis não implica diretamente em oferta de má qualidade na assistência (Gráfico 3).

O terceiro grupo de qualidade, que possui o maior número de serviços da amostra, possui mais homogeneidade entre as pontuações, sendo que todas as dimensões atingiram um padrão aceitável. O quarto grupo apresentou pontuações nas dimensões de assistência e gerência abaixo do aceitável, enquanto que a dimensão de recursos mostrou elevada pontuação. Essa situação demonstra mais uma vez que relação entre disponibilidade de recursos e qualidade de assistência não está diretamente relacionada, já que mesmo serviços com elevados recursos tecnológicos não garantem de uma assistência de qualidade. O último grupo apresentou todas as dimensões abaixo do padrão esperado, sendo que de gerenciamento foi a menor entre todas as proporções (Gráfico 3).

Diante isso, considera-se que a organização dos processos de trabalho (dimensões de assistência e gerenciamento) é a questão principal para impor melhorias aos serviços de saúde, de forma a fornecer uma assistência centrada no usuário e suas necessidades. Para Merhy (2002), é necessário superar o modelo atual de produção de saúde, que promove o uso de tecnologias duras (recursos, maquinários, instrumentos) em detrimento de tecnologias leve-duras (conhecimento técnico) e leves (relação entre usuários e profissional). Para realizar uma mudança nesse modelo assistencial se faz necessária a inversão das tecnologias de cuidado utilizadas para produção da saúde, no qual o processo de trabalho esteja centrado em tecnologias leves e leve-duras, visando à integralidade do cuidado prestado ao usuário.

Gráfico 3 – Grupos de qualidade segundo as médias nas três dimensões de qualidade, Rio Grande do Sul, 2016, RS (N=67).



Fonte: Dados da Pesquisa

A tabela 9 refere-se à análise estatística da distribuição das questões relacionadas com a dimensão de recursos no Sistema Qualiaids. Em relação ao domínio estrutura física dos serviços, somente a questão de disponibilidade de salas para atendimento apresentou diferença estatisticamente significativa em relação à pontuação geral obtida. Além disso, no domínio disponibilidade de profissionais de equipe mínima apenas o número de psicólogos apresentou diferença entre as distribuições da pontuação geral. Destaque-se que a relação entre carga horária médica e o número de PVHA assistidas não apresentou significância estatística. (TABELA 9).

Ao avaliar a pontuação geral no domínio de medicamentos, insumos, exames e referências, quatro questões obtiveram diferença estatisticamente significativa entre as pontuações médias gerais: (1) disponibilidade de medicamentos ARV, (2) medicamentos para profilaxia secundária de infecções oportunistas (3) tratamento para infecções sexualmente transmissíveis e (4) trabalho em rede. Destaca-se que a coleta e a disponibilidade para realização de exames laboratoriais, a disponibilidade de insumos de prevenção e o acesso ao atendimento em outros pontos da rede de serviços não apresentaram significância estatística entre as distribuições das pontuações gerais. A questão referente ao tempo médio de espera para atendimento de médicos especialistas e outros profissionais apresentou significância estatística entre as distribuições de pontuação geral de qualidade (TABELA 9).

O domínio capacitação e experiência dos profissionais, composto apenas pela questão de capacitação dos profissionais responsáveis pelo acondicionamento dos resíduos contaminados apresentou significância estatística em relação aos postos de distribuição da pontuação geral de qualidade (TABELA 9).

Tabela 9 – Análise da distribuição das questões relacionadas com a dimensão de recursos do Sistema Qualiaids, média e desvio padrão, 2016. (n=67).

Nº Questão	Domínio	Critério de indicador	Média	DP	p-valor
R7	Estrutura física	Disponibilidade de salas para atendimento	1,22	0,850	<0,001*
R8		Acessibilidade	0,94	0,625	0,152
R9	Disponibilidade de profissionais de equipe mínima	Hora médico/ N° pacientes	0,33	0,705	0,335
R10		N° de enfermeiros/ N° pacientes	1,00	0,816	0,202
R10		N° de aux ou téc enf/ N° pacientes	0,97	0,870	0,303
R10		N° de assis. sociais/ N° pacientes	0,52	0,766	0,101
R10		N° de psicólogos / N° pacientes	0,66	0,827	0,048*
R51	Medicamentos, insumos, exames e referências	Medicamentos antirretrovirais	1,43	0,821	0,015*
R52		Medicamentos para distúrbios metabólicos	1,25	0,950	0,115
R53		Medicamentos para profilaxia primária de infecções oportunistas	1,22	0,976	0,216
R54		Medicamentos para profilaxia secundária de infecções oportunistas	1,16	0,995	0,032*
R55		Medicamentos para infecções micobacterianas	1,89	0,451	0,674
R56		Medicamentos para infecções sexualmente transmissíveis	1,07	0,942	0,021*
R57		Medicamentos para tratamento de hepatite B e C	1,20	0,992	0,389
R58		Disponibilidade de insumos	1,78	0,455	0,207
R61		Trabalho em rede: modalidades assistenciais	1,13	0,423	0,842
R62		Coleta de exames	0,97	0,651	0,373

Nº Questão		Critério de indicador	Média	DP	p-valor
R63		Trabalho em rede: exames de avaliação inicial e seguimento	1,28	0,545	0,654
R64		Trabalho em rede: exames para diagnóstico e seguimento de intercorrências e comorbidades	0,60	0,552	0,955
R65		Trabalho em rede: médicos especialistas e outros profissionais	0,94	0,457	0,034*
R66	Capacitação e experiência dos profissionais	Profissionais responsáveis pelo acondicionamento dos resíduos contaminados	1,09	0,712	0,012*

* Teste Kruskal-Wallis

A dimensão organização da assistência apresenta o maior número de questões no instrumento, assim como foi a que apresentou maiores diferenças estatísticas na distribuição da pontuação geral. Com relação à organização geral do trabalho, as questões relacionadas ao processo de trabalho de busca ativa dos usuários e o estabelecimento de protocolo de atendimento para pacientes não agendados demonstraram diferenças observadas entre a pontuação geral (TABELA 10).

O domínio a respeito de orientações e aconselhamento apresentou diferença entre a pontuação geral nas duas questões relacionadas, que descrevem o processo de trabalho para realização de aconselhamento pós-teste diagnóstico de HIV e sobre a orientação quanto ao planejamento reprodutivo para PVHA (TABELA 10).

As questões relacionadas ao processo de trabalho referente ao acolhimento de pacientes novos demonstrou diferença entre a pontuação geral na maioria das questões, exceto o tempo de espera entre a primeira consulta médica. No domínio que agrega a organização geral da assistência de enfermagem foi observada diferença estatística em todas as questões relacionadas, tanto os procedimentos pré e pós-atendimento médico, quanto às atividades desenvolvidas pelo enfermeiro e aux./téc. de enfermagem obtiveram significância entre os grupos de pontuação geral. Ainda sobre as atividades desenvolvidas pelos profissionais, as médias de pontuação apresentaram diferença entre as atividades do profissional farmacêutico, psicólogo (TABELA 10).

Com relação à organização geral da assistência médica destaca-se que as formas de marcação de consulta, a assistência a lipodistrofia, assim como o tempo médio de consulta para casos novos e de retorno não mostraram diferenças entre a pontuação geral. Nas atividades específicas de adesão ao tratamento apenas o critério relacionado à conduta realizada pelos serviços para os usuários com dificuldade no uso de ARV apresentou diferença estatisticamente significativa (TABELA 10).

Tabela 10 – Análise da distribuição das questões relacionadas com a dimensão de assistência do Sistema Qualiaids, média e desvio padrão, 2016. (n=67).

Nº Questão	Domínio	Critério de indicador	Média	DP	p-valor
A15	Organização geral do trabalho	-Busca de pessoas com sorologia positiva que não retornaram ao serviço	1,40	0,653	<0,001*
A24		-Vínculo paciente e equipe	1,42	0,721	0,147
A59		-Oferta de tratamento para pacientes com coinfeção por tuberculose	1,12	0,896	0,338
A37		-Busca de pacientes faltosos ao seguimento	1,03	0,521	0,005*
A39		-Atendimento médico para pacientes não agendados (extras)	1,36	0,753	0,113
A41		-Protocolo de atendimento para pacientes não agendados (extras)	1,00	0,870	<0,001*
A16	Orientações e aconselhamento	-Modo de realização do aconselhamento pós-teste	1,91	0,379	0,022*
A36		-Orientação sobre planejamento produtivo	1,37	0,517	0,045*
A17	Acolhimento de pacientes novos	-Primeiro atendimento	1,00	0,603	0,015*
A18		-Modo de realização da profilaxia pós-exposição (PEP)	1,69	0,528	0,008*
A19		-Ações no primeiro atendimento	1,70	0,578	0,007*
A20		-Forma de atendimento dos pacientes não matriculados	0,88	0,879	0,003*
A21		-Primeiro atendimento: tempo de espera para a 1º consulta médica	1,46	0,659	0,088
A22		Organização geral da assistência de enfermagem	-Procedimentos de enf. antes do atendimento médico	1,28	0,901
A35	-Procedimentos de enf. após o atendimento médico		0,93	0,785	<0,001*
A42	-Atividades do aux. e/ou tec. de enfermagem		0,87	0,796	<0,001*
A43	-Atividades do enfermeiro		1,12	0,826	<0,001*
A25	Organização geral da assistência de outros profissionais	-Formas de acesso ao atendimento odontológico	0,60	0,676	0,083
A44		-Atividades do psicólogo	0,73	0,827	0,001*
A45		-Atividades do assistente social	0,61	0,797	0,173
A46		-Atividades do farmacêutico	0,84	0,934	0,020*
A23	Organização geral da assistência médica	-Formas de marcação de horário de consulta	1,18	0,886	0,139
A26		-Forma de acesso ao atendimento ginecológico	1,37	0,517	0,660
A27		-Tempo médio de consulta médica de caso novo	1,16	0,567	0,168
A28		-Tempo médio de consulta médica de retorno	0,81	0,783	0,197
A29		-Trabalho dos médicos infectologistas e clínicos	1,48	0,704	0,018*
A47		-Atividades dos médicos infectologistas e clínicos	0,81	0,609	<0,001*
A48		-Assistência em lipodistrofia	0,55	0,610	0,077
A30		-Intervalo entre consultas médicas início/troca de TARV	0,64	0,667	0,312
A31	Atividades específicas de adesão ao tratamento	-Acompanhamento do uso de ARV dos pacientes	1,12	0,686	0,137
A33		-Condutas para pacientes com dificuldades no uso da medicação	0,75	0,746	<0,001*
A34		-Formas de atendimento para paciente que ficou sem medicamento	1,42	0,721	0,438

* Teste Kruskal-Wallis

Na tabela 11 está ilustrada a análise da distribuição das questões relacionadas à dimensão de gerência. No domínio registros, avaliação, monitoramento e planejamento cinco critérios apresentaram significância estatística. Para o domínio coordenação do trabalho as questões relacionadas ao trabalho em rede, a articulação entre atenção básica e serviço especializado, as formas de encaminhamento para outros pontos na rede e a articulação para solução de problemas gerenciais mostraram diferenças significativas em relação à pontuação geral. (TABELA 11).

Tabela 11 – Análise da distribuição das questões relacionadas com a dimensão de gerência do Sistema Qualiaids, média e desvio padrão. 2016. (n=67).

Nº Questão	Domínio	Critério de indicador	Média	DP	p-valor
G11	Registros, avaliação, monitoramento e planejamento	-Prontuários: tipo de arquivamento e profissionais que realizam o registro de atendimento	1,49	0,637	0,036*
G12		-Prontuários: utilização do registro padronizado	0,42	0,700	0,146
G13		-Profissionais que realizam notificação compulsória	1,22	0,670	0,121
G32		-Monitoramento das taxas de adesão à TARV	0,18	0,548	0,179
G38		-Critério de abandono	1,10	0,781	<0,001*
G75		-Utilização de dados epidemiológicos para planejamento local	0,91	0,773	<0,001*
G78		-Periodicidade das avaliações das atividades assistenciais	0,93	0,876	<0,001*
G79		-Utilização de dados epidemiológicos para avaliação	1,12	0,708	<0,001*
G49		-Trabalho em rede: atividades do SAE desenvolvidas com atenção básica	1,02	0,799	<0,001*
G50		-Trabalho em rede: atividades da AB desenvolvidas com os serviços especializados	0,75	0,716	0,049*
G60	-Trabalho em rede: formas de encaminhamento para outros serviços da rede	0,84	0,898	0,014*	
G69	Coordenação do trabalho	Reuniões para discussão de casos/condutas e protocolos	0,78	0,935	0,001*
G70		Profissional responsável pela coord. técnica da equipe	1,39	0,650	0,016*
G71		Atividades do responsável pela coord. técnica da equipe	1,58	0,678	0,015*
G72		Reuniões de equipe	0,93	0,958	0,002*
G73		Suporte aos profissionais	0,34	0,729	0,018*
G74		Supervisão técnica para os profissionais	0,01	0,122	0,866
G77		-Formas de articulação para resolução de problemas gerenciais	0,39	0,602	<0,001*
G82		-Intersetorialidade e interação serviço-comunidade	1,13	0,716	0,078
G67	Capacitação e experiência dos profissionais	-Categorias profissionais que participaram de capacitação	0,42	0,678	0,015*
G68		-Acesso a texto e materiais de consulta	1,34	0,729	<0,001*
G80	Comunicação e interação serviço- paciente-comunidade	-Mecanismos formais de encaminhamento de reclamações dos pacientes	0,99	0,749	0,093
G81		-Participação institucional dos pacientes	0,22	0,546	0,076

* Teste Kruskal-Wallis

7 DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES

Este tópico tem por finalidade consolidar os achados e salientar tópicos mais importantes, assim como fornecer uma série de recomendações para os serviços que prestam atendimento em HIV/Aids de modo a fornecer um atendimento de qualidade para seus usuários.

7.1 Informações gerais dos serviços não participantes do estudo

Neste estudo, **cinco** serviços não preencheram nenhum dos instrumentos solicitados, não sendo inseridos no estudo, porém ainda se manteve aqueles que os dados foram parcialmente preenchidos, refletindo algumas fragilidades nessas instituições.

Os cinco serviços que não preencheram nenhum dos instrumentos e, portanto, não possuem nenhuma informação neste estudo, estão situados em cinco

municípios diferentes – Capão da Canoa, Porto Alegre, Lagoa Vermelha, Quaraí e Santa Maria –, representando as regiões metropolitana, norte e fronteira oeste do estado do RS, respectivamente. Destaca-se que, nos municípios de Porto Alegre e Santa Maria, outros serviços do seu território participaram, possibilitando o conhecimento das peculiaridades dessa região mesmo que incompleta. Enquanto isso, nos demais municípios, esses serviços que não participaram do estudo são os únicos que atendem à PVHA da região, impedindo o reconhecimento mais detalhado das características locais.

Salienta-se que dois desses serviços, localizados em Porto Alegre e Santa Maria, atendem a uma demanda expressiva de usuários das regiões em que são referência, possuem elevado perfil tecnológico e infraestrutura visto que estão vinculados a hospitais universitários. Mesmo assim, foram tentadas as mais variadas formas de contato, como ligações telefônicas, *e-mails* e visitas técnicas, porém a principal dificuldade apresentada foi com relação à inexistência de profissional administrativo ou coordenador técnico que pudesse consolidar todas as informações e preencher os instrumentos. Nos três demais serviços pendentes, o contato foi realizado diversas vezes, principalmente com o coordenador técnico, e mesmo assim a participação não ocorreu. Acredita-se que o volume de informações solicitadas e o reconhecimento da importância do estudo, por parte dos responsáveis pelos serviços, possam ter sido os principais entraves para a participação.

No sistema Qualiaids, há o registro de que sete serviços não preencheram nenhuma questão e um serviço que preencheu 15% das questões do instrumento. Desses sete serviços, cinco compõem o quantitativo já descrito no parágrafo anterior, enquanto que dois estão situados no município de Porto Alegre e Xangri-lá. O serviço localizado na capital também está vinculado a hospital, apresentando a mesma dificuldade de participação já descrita.

O segundo instrumento utilizado – FormSUS – obteve menor adesão à participação, sendo que dez serviços não preencheram essas questões. Desses, cinco compõem o número de instituições que não preencheram nenhum dos instrumentos, já descrito. Os demais serviços estão localizados em Porto Alegre – quatro deles também vinculados a hospitais –, e um no município de Cachoeira do Sul.

Diante disso, foi possível perceber a dificuldade de conhecer a realidade dos serviços vinculados a instituições hospitalares, que geralmente possuem uma equipe de trabalho centrada no profissional médico e residentes. A inexistência de equipe multiprofissional e/ou de profissional que assuma o cargo de gerência pode ter sido um dos principais entraves para a não participação desses serviços no estudo, assim como o elevado número de informações solicitadas pelos instrumentos. Reforça-se, contudo, a necessidade de ampliar este estudo para que a realidade local dessas instituições seja conhecida e compreendida para que, então, propostas de melhorias na prevenção, promoção e assistência sejam possíveis.

Ao realizar um comparativo entre a taxa de adesão dos serviços no estudo aplicado pelo Qualiaids 2010 e no atual, observou-se um aumento na participação. No ano de 2010, 59 serviços estavam cadastrados no sistema e 83,1% (49) participaram (NEMES et al., 2011), enquanto que, no atual estudo, 75 foram cadastrados e 93% (70) tiveram adesão. Acredita-se que esse resultado foi fruto de um trabalho focalizado no estado e nos seus municípios, com participação ativa da Coordenação Estadual no cadastramento, nos contatos e na condução do processo

de avaliação, destacando a importância desse trabalho articulado entre gestão federal e estadual.

7.2 Perfil dos serviços avaliados e recomendações

A primeira tabela apresentada no estudo faz referência a uma estimativa de PVHA em relação ao número de serviços que prestam atendimento em HIV/Aids, com isso foi possível perceber que algumas regiões são prioritárias no estado. Com destaque para a capital, regiões metropolitana, sul, serra e a região que compõe o município de Santa Maria.

A partir dessa descrição é possível afirmar que a epidemia do HIV/Aids está concentrada em algumas regiões do estado, e que, entre essas, algumas possuem elevado número de usuários em atendimento, podendo, com isso, prejudicar a qualidade e a resolutividade do atendimento prestado pelos serviços. Reforça-se que, mesmo nas situações em que o número de usuários por serviço está adequado, é indispensável que o atendimento prestado por esses serviços tenha qualidade e resolutividade, de modo a promover prevenção, promoção e qualidade de vida para as PVHA.

Salienta-se a importância de repensar o modelo de cuidado que se espera para atender às necessidades dos usuários envolvidos, de forma a inserir a intersectorialidade para a promoção de saúde, contemplar a integralidade do cuidado e fortalecer o apoio matricial. Para efetiva incorporação desse novo modelo de atenção, a implantação e a implementação da Linha de Cuidado para PVHA do RS são estratégias essenciais para o fortalecimento da rede de atenção à saúde que envolve esses serviços estudados, de forma a potencializar ações estratégicas para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids (RIO GRANDE DO SUL, 2014), recomendando-se, portanto, que esses serviços trabalhem em uma lógica de compartilhamento do cuidado aos usuários com os demais pontos da rede de atenção, apoiando-se principalmente na integração com as equipes de atenção básica do seu território.

Com relação ao atendimento de profilaxia pós-exposição (PEP), foi informado menor percentual de atendimento nas situações de violência do que nas situações de PEP ocupacional e sexual. Esse fato pode estar relacionado ao fluxo de atendimento de pessoas vítimas de violência sexual estar estabelecido apenas em um local específico na rede - geralmente hospitais - que pode prejudicar o acesso dos usuários ao atendimento integral perante essa situação. Essa conduta é preocupante já que a PEP constitui-se em uma estratégia de prevenção combinada, no qual o principal objetivo é ampliar as formas de intervenção para evitar novas infecções pelo HIV. Conforme o PCDT de PEP, a indicação de tratamento não está baseada nas categorias de exposição (sexual consentida, ocupacional e violência sexual), mas sim na avaliação do risco de exposição do usuário (BRASIL, 2015).

Estudos corroboram a orientação, salientando principalmente a importância da oferta de quimioprofilaxia para usuários vítimas de violência sexual. (FAÚDES et al., 2006; PONTES; GUERRA; REGINA, 2014; TRIGUEIRO et al., 2015). Diante disso, recomenda-se que todos os serviços de HIV/Aids realizem a avaliação de risco, independente do "tipo" de exposição que o usuário sofreu, promovendo um atendimento integral, prescrevendo o tratamento, quando indicado, realizando o seguimento e encerramento do caso.

Ao apresentar os dados sobre a carga horária médica semanal, percebe-se que a maioria (74%) dos serviços desempenha carga horária inadequada para o

número de usuários atendidos. Esse parâmetro foi utilizado e adaptado do Caderno de Recomendações da Avaliação Qualiaids (2015), que orienta o acompanhamento de até 200 usuários em 20 horas semanais de trabalho, possibilitando que o médico atue tanto na assistência aos usuários como na participação de reuniões técnicas e administrativas do serviço. Essa inadequação ao número de horas/médico possivelmente está relacionada à carência e a má distribuição dessa categoria profissional, principalmente nos serviços públicos do país, conforme já relatado em estudo. (NEMES et al., 2013). Diante disso, orienta-se que os serviços contem com o apoio da gestão local, municipal, estadual e/ou federal para estruturação e manutenção da equipe de profissionais mínimos necessários para o adequado atendimento dos usuários em seu serviço, tal recomendação já foi citada em estudo similar. (DANTAS, 2012).

Sobre a presença de equipe multiprofissional, destaca-se que técnico/auxiliar de enfermagem e enfermeiro estão presentes na maioria dos serviços, reforçando a importância da presença desses profissionais na equipe multiprofissional na atuação com PVHA, conforme estudo de Fernandes et al. (2015). Contrapondo a esse achado, todos os demais profissionais que compõem uma equipe mínima para estabelecimento do SAE, tais como psicólogo, assistente social, farmacêutico e dentista, apresentaram menor participação, reduzindo mais ainda quando questionado sobre a presença desse último profissional, sendo que apenas 26% dos serviços possuem dentista em sua equipe. Nos estudos Qualiaids nacionais, 2007 e 2010, esses dados foram similares, demonstrando alto percentual de enfermeiros e menor presença de dentistas na equipe de trabalho do serviço. (MELCHIOR et al., 2006; NEMES et al., 2011; 2013).

Ao avaliar a prontidão para atendimento de profissional especialista, parâmetro utilizado por Nemes et al. (2013), ou seja, a disponibilidade de consulta especializada em até 15 dias, os maiores percentuais foram para as especialidades de ginecologia, cardiologia e psiquiatria, com 58,8%, 20,6% e 20,6%, respectivamente, todos esses são inferiores aos valores encontrados nos estudos nacionais. (NEMES et al., 2011, 2013). As demais especialidades avaliadas também obtiveram percentuais de prontidão inferiores aos estudos nacionais, com menor disponibilidade para especialidade de neurologia, no qual o percentual estadual de prontidão ficou em 5,9%, comparados aos valores nacionais de 25,4% e 17,6%, nos anos de 2007 e 2010, respectivamente. Diante disso, recomenda-se que exista uma articulação sistemática, eficiente e resolutiva para o encaminhamento das consultas especializadas, de modo que os fluxos de referência e contrarreferência sejam bem-estabelecidos e que a necessidade de encaminhamento seja rigorosamente avaliada pela equipe responsável pelo caso. Cabe salientar a importância da gestão local/municipal na contratação de profissionais de saúde e estruturação da rede de atenção à saúde.

No tocante à acessibilidade, destaca-se que apenas 42% informaram possuir planta física adequada às normas, diante disso, recomenda-se que a estrutura física do serviço deve ser planejada e adaptada às necessidades dos usuários de forma a facilitar o acesso, conforme orientação ABNT NBR 9050. Ainda sobre questões relacionadas à estrutura, 20% dos serviços informam que estão abertos menos de oito horas por dia, percentual maior em comparação com estudo nacional cujo valor foi de 8,5% em 2010. (NEMES et al., 2011). Situação essa que pode impactar negativamente no acesso do usuário aos atendimentos ofertados pelo serviço de saúde, reforçando-se, portanto, a importância de que a gestão desses serviços

possibilite a expansão do horário de trabalho, tal como já orientado em estudo similar. (DANTAS, 2012).

Ainda sobre informações de acesso, 58% dos serviços relataram que encaminham o usuário para coletar exames em outros locais, enquanto que 22% não coletam nenhum tipo de exame no serviço. Tal situação impacta negativamente na disponibilidade de exames diagnósticos, na celeridade do resultado dos exames, que podem apoiar a conduta clínica, e na adesão dos usuários ao serviço de saúde. Diante disso, recomenda-se que a organização administrativa do serviço possa estar estruturada para que o maior número de exames possa ser requisitado e coletado pela equipe de modo a fortalecer o vínculo e facilitar o acesso do usuário ao serviço. Porém, nas situações de impossibilidade de coleta de exames, que esse encaminhamento seja efetuado de modo organizado e com fluxo bem-estabelecido na rede de serviço, devendo ser agendado pelo profissional da equipe com data, horário e local, de preferência.

A maioria dos serviços (64,2%) não relatou falta de medicamentos ARV, ou se teve, essa falta foi de no máximo sete dias, esse achado também foi apontado em estudos semelhantes. (MELCHIOR et al., 2006; NEMES et al., 2011; 2013). Fato esse que está relacionado com o compromisso do governo brasileiro, através da Lei nº 9313/96, no qual todos pacientes portadores do HIV/Aids possuem acesso universal e gratuito aos TARV pelo SUS, financiados pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 1996). A disponibilidade de insumos de prevenção e testes rápidos também foi alta, cuja provisão e fornecimento são parcialmente de responsabilidade federal. Recomenda-se que os serviços disponibilizem constantemente insumos de prevenção e testes rápidos, assim como realizem atividades extramuros e intersetoriais na temática da saúde sexual e reprodutiva. Essas atividades poderão promover a oferta desses insumos e de acesso ao diagnóstico para a população, principalmente para as pessoas em maior situação de vulnerabilidade.

Destaca-se que aproximadamente 49% dos serviços não fornecem o diagnóstico de HIV para o usuário no mesmo dia de realização do exame, devido a isso, questiona-se qual a real efetividade do uso dos testes rápidos pelos serviços de saúde, visto que essa tecnologia tem por prerrogativa fornecer precocemente o acesso ao diagnóstico do HIV. Ressalta-se, ainda, que o fornecimento de diagnóstico, no mesmo dia da realização do exame, impede que os usuários deixem o serviço de saúde sem conhecer seu *status* sorológico, pois é comum as situações em que os pacientes não retornam ao serviço para buscar o resultado do exame, muitas vezes, por medo ou mesmo pela demora do resultado. (OKAMURA, 2006).

Diante do exposto, recomenda-se o uso de testes rápidos para realização de diagnóstico para o HIV, através de capacitações para os profissionais sobre execução técnica, fornecendo resultado do exame e laudo diagnóstico no mesmo dia, além de executar aconselhamento pré e pós-teste para os resultados tanto positivos como negativos, e aproveitando esse momento para abordar questões de vulnerabilidade, promoção da saúde e prevenção de agravos.

Sobre o tempo de espera para o primeiro atendimento no serviço, apenas 14,9% informaram que o paciente é atendido no mesmo dia em que procura o serviço, enquanto que a média nacional para esse atendimento foi de 82,3%. (NEMES et al., 2011). Destaca-se que 36% apresentaram um tempo de espera de 7-30 dias, enquanto que 7,5%, de 1-2 meses. Esse é um momento crucial para o fortalecimento do vínculo entre usuário e equipe de saúde, no qual atividades e estratégias de adesão devem ser reforçadas, pensado na integralidade do usuário, na aceitação ao diagnóstico, na rede de apoio social, assim como nas questões

clínico-laboratoriais. Diante disso, recomenda-se que a primeira consulta médica do paciente ocorra no primeiro atendimento no serviço. Nas situações em que essa consulta não seja possível, cabe ao profissional realizar o acolhimento desse usuário, promover uma escuta qualificada, solicitar os exames de monitoramento clínico (CD4 e carga viral) e agendar uma consulta para no máximo sete dias, e cabe aos serviços organizar a agenda dos profissionais para que seja possível o atendimento de pacientes não agendados ou extras.

No tocante às informações relacionadas ao processo de busca ativa dos usuários que faltaram à consulta agendada, ressalta-se que um número significativo (74,6%) de serviços tem priorizado esse trabalho apenas para casos específicos, quando o usuário possui alterações clínicas e/ou laboratoriais, para gestantes e pacientes em abandono de tratamento. Ademais, apenas 13,4% deles informaram realizar busca ativa de todos os usuários faltantes, o que, no mesmo estudo nacional esse percentual foi de 30,5%. (NEMES et al., 2011). Nessas situações, salienta-se a importância da realização de busca ativa para todos os usuários que faltaram ao atendimento agendado, sempre respeitando o consentimento de busca previamente acordado entre usuário e equipe, respeitando os preceitos de sigilo e confidencialidade.

No que se refere aos dados sobre gerenciamento técnico dos serviços analisados, destaca-se que mais de 35% deles realizam avaliação periódica para reprogramação de atividades, enquanto que os demais não se apoiam nesse método para definir prioridades e para organizar o processo de trabalho. Além disso, esse mesmo percentual de serviços informa que realiza reuniões regulares para discussão de casos e condutas clínicas, enquanto que mais de 43% realizam reuniões regulares entre os profissionais da equipe para organização administrativa do processo de trabalho. Diante disso, reforça-se a necessidade de realização periódica tanto de análises dos dados epidemiológicos e de assistência para reorientação e reprogramação de atividades, quanto a realização sistemática de reuniões técnicas e administrativas com toda equipe para discussão de prioridades para os serviços e/ou usuários. (SÃO PAULO, 2016).

Quando analisada a articulação entre os serviços especializados e as equipes de saúde da Atenção Básica, aponta-se que as principais estratégias desenvolvidas foram a articulação para realização do pré-natal de gestantes com HIV, ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de IST/Aids através de capacitações e apoio matricial. Salienta-se que essa integração entre os esses níveis de atenção vem sendo incentivada, principalmente após a elaboração da Linha de Cuidado para PVHA do RS, que tem por objetivo principal fortalecer a RAS que envolve esses serviços, de forma a potencializar ações estratégias para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids (RIO GRANDE DO SUL, 2014), recomendando-se, portanto, que esses serviços trabalhem em uma lógica de compartilhamento do cuidado dos usuários com os demais pontos da rede de atenção, apoiando-se principalmente na integração com as equipes de atenção básica do seu território.

Sobre as resoluções de problemas gerenciais, a maioria (74,6%) dos serviços os encaminha para direção local, enquanto que 68,7% usam também como estratégia a discussão em reuniões de equipe. Conforme literatura (SÃO PAULO, 2016), valoriza-se a resolução local de problemas por meio de contato com outros serviços ou instâncias gerenciais, assim como a construção de soluções conjuntas em reuniões com a equipe, com os pacientes e com o movimento social organizado.

A respeito da participação institucional dos pacientes, 17,9% possuem essa articulação através de Organizações Não-Governamentais (ONG) e conselho gestor

local, e 13,4% possuem interações rotineiras com essas instâncias, além disso, mais de 80% dos serviços dispõem de mecanismos formais para encaminhamento das reclamações dos usuários. Valoriza-se a existência de trabalho articulado entre os serviços de saúde e instâncias representantes de movimento civil organizado, como ONGs e conselhos locais cujo objetivo é a participação da comunidade no gerenciamento e na organização da execução das políticas e ações em saúde. Cabe destacar também a importância do serviço contar sistema de ouvidoria para garantir espaço sigiloso de reclamação, oportunizando a escuta e o protagonismo dos usuários. (SÃO PAULO, 2016).

7.3 Grupos de Qualidade

O parâmetro utilizado para discriminar o porte dos serviços especializados foi baseado no Relatório de Aplicação do Qualiaids, visto que não existe um conceito definido na literatura para esse perfil de serviço. (NEMES et al., 2011). Destaca-se que poucos serviços no estado compõem a estrutura de pequeno porte quando comparados com o estudo nacional (8% no estado e 34,8% no país), enquanto que a grande maioria caracteriza-se como médio e grande porte.

Estudos nacionais e internacionais apontam piores níveis de qualidade da assistência às PVHA entre os serviços de pequeno porte. (CAMPBELL et al., 2001; NEMES et al., 2004; IRA et al., 2005; NEMES et al., 2009; HANDFORD et al., 2009). Os achados da presente pesquisa corroboram com esses estudos, conforme foi possível observar a presença de todos os serviços desse porte no quinto grupo. Apesar de esses serviços possibilitarem a ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento e poderem até mesmo ofertar uma atenção diferenciada, eles precisam superar o modelo de ambulatório de especialidade e avançar na proposta do projeto ético-político proposto pelas diretrizes do Departamento de IST, Aids e hepatites virais (DIAHV). (BACCARINI, 2011). Assim, uma investigação de maior profundidade, através de métodos que possam avaliar as peculiaridades não somente desses serviços, mas também da região ao qual pertence se faz necessário, de modo a encontrar os elementos que favoreceram a classificação dos serviços de pequeno porte nesse grupo. Além disso, ressalta-se a importância do apoio e do compromisso das gestões estadual e federal para qualificação das ações desenvolvidas por esses serviços.

Destaca-se que o primeiro e o segundo grupos de qualidade obtiveram maiores pontuações entre as dimensões, sendo, portanto, considerados como de “melhor qualidade”, com evidência para o primeiro grupo, sendo considerado “o grupo de melhor qualidade”. Logo, os serviços representados nesses dois grupos estão mais próximos dos compromissos ético-normativos que orientam a proposta do DIAHV, atendendo com maior qualidade às necessidades das PVHA. Conforme Castanheira (2002, p. 116) esses serviços:

“concretizam alternativas para uma atenção integral não centrada, exclusivamente, no acompanhamento médico e na assistência individual de conteúdo clínico”.

No terceiro grupo de qualidade, as três dimensões ficaram concentradas em padrões médios de qualidade. O que Castanheira (2002, p.120) cita que “não são serviços de ‘má qualidade’, mas, sim, os que cumprem com requisitos básicos para uma assistência ambulatorial programática, mas ainda de modo limitado”. A maioria dos serviços do estudo está representada nesse grupo de qualidade (29%), em um

estado que possui histórico de maior taxa de detecção de casos de HIV/Aids nos últimos dez anos. Devido a essa situação, reforça-se a importância de estudos que enfatizem a qualificação do atendimento prestado aos usuários, de modo a reduzir a transmissibilidade do vírus, ofertar diagnóstico e tratamento precoce, potencializar a adesão à terapêutica, e fomentar para a melhoria na qualidade e expectativa de vida das PVHA.

No último grupo de “pior qualidade”, todas as dimensões alcançaram pontuação inferior a 1, ou seja, são serviços que estão abaixo do padrão aceitável, a que Castanheira (2002, p.123-124) coloca:

O trabalho assistencial nesses serviços aproxima-se mais da assistência ambulatorial tradicional, centrada quase que exclusivamente no acompanhamento médico. Nesse sentido, não há desenvolvimento de alternativas tecnológicas que busquem uma maior integralidade nas ações, tampouco uma atuação multiprofissional mais integrada.

Mais estudos, com diferentes métodos e análises, fazem-se necessários para compreender os principais obstáculos enfrentados pelos serviços que compõem esse grupo de qualidade, necessitando também de atenção especial por parte a gestão federal e estadual, visto que não cumprem com o padrão médio esperado dos compromissos ético-normativos orientados pela proposta do DIAHV.

Para o adequado atendimento das necessidades dos usuários é necessário que gestores locais e estaduais conheçam as características institucionais e organizacionais dos serviços especializados e ambulatoriais de infectologia de modo a prestar assistência de acordo com as condutas estabelecidas pelo DIAHV. Para isso, o fortalecimento da atuação da gestão local, municipal, estadual e federal, frente às necessidades institucionais e dos usuários, faz-se necessário de forma a avaliar as experiências exitosas, assim como as dificuldades e os entraves enfrentados, estabelecendo, com isso, estratégias objetivas para vencer as barreiras identificadas em cada serviço, com isso, qualificando o cuidado prestado à população.

O estudo apresentou limitações já que não foi possível apoiar-se na metodologia qualitativa de forma a identificar localmente áreas mais críticas de cada serviço envolvido. A forma de coleta de dados também pode ser considerada um fator limitador porque as informações foram coletadas via preenchimento *on-line*, o que possibilita falhas de digitação. Além disso, não foi possível avaliar cinco importantes serviços da rede de atendimento já que não preencheram nenhum dos instrumentos do estudo. O uso do Sistema Qualiaids apresenta vantagens interessantes para estudos futuros, pois dispõe de dados de ciclos anteriores de avaliações, dessa forma, permitindo elaborar observações comparativas entre os serviços participantes.

Apesar de esta pesquisa ter incluído todos os serviços do estado do Rio Grande do Sul, outros estudos são necessários principalmente para abordar peculiaridades dos serviços e região de saúde, assim como a possibilidade de inserir indicadores relacionados a resultados. Todavia os dados encontrados podem ser utilizados como ponto de partida para estudos futuros, incluindo a reflexão sobre o tipo de assistência ofertada às PVHA, de forma subsidiar as instituições de saúde no planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

- BACCARINI, R.P. Avaliação de implantação da assistência ambulatorial às PVHA no SUS: uma análise dos serviços de pequeno porte a partir das pesquisas Qualiaids. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de risco à infecção pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p 54.
- BRASIL. Presidência da República. *Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 28 de junho de 2011.
- BRASIL. Senado Federal. *Lei n° 9313, de 13 de novembro de 1996*. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de Aids. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 13 nov. 1996. p. 1.
- CAMPBELL SM, et. Al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ* 2001 Oct 6;323(7316):784.
- CASTANHEIRA, E. R. L. *Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/aids em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho*. São Paulo: 2002. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- DANTAS, A. M. G. *Avaliação da qualidade do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) no município de Barra do Garças, MT*. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2012.
- FAÚDES, A. et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 2, n. 28, p. 126-35, 2006. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/S0100-72032006000200009>>. Acesso em: 20 de jan de 2017.
- FERNANDES IA, et. al. Orientação a pessoa vivendo com HIV: o papel do enfermeiro na adesão ao tratamento e no desenvolvimento da prática do autocuidado. *Revista Fafibe On-Line*, Bebedouro SP, 8 (1): 359-370, 2015.
- HANDFORD, C et al. Setting and Organization of Care for Persons Living with HIV. The Cochrane Collaboration, Copyright 2009, CD004348.
- IRA, W et al. A National Study of the Relationship of Care Site HIV Specialization to Early

Adoption of Highly Active Antiretroviral Therapy. Vol.43, Medical Care, January, 2005, pp. 12-20.

MALHOTRA, N. *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Trad. Laura Bocco. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MELCHIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. *Revista de Saude Pública*, v. 40, n. 1, p.143-151, 2006. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/S0034-89102006000100022>>. Acesso em: 20 de jan de 2017

MERHY, E.E.; *A cartografia do trabalho vivo*; São Paulo, Hucitec, 2002.

NEMES, M. I. B. et al.. *Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/Aids no Brasil*. 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52013/relat_rio_final_qualiaids_2010_11614.pdf>. Acesso em: 20 de jan de 2017

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, p. 310-321, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/24.pdf>>. Acesso em: 20 de jun. de 2015.

NEMES, M. I. B. et al Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids, Brasil: estudo comparativo 2001/2007. *Rev.saúde Pública*, v. 47, n. 1, p.137-146, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100018>. Acesso em: 20 de jan de 2017

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação de serviços de saúde: A experiência do Qualiaids. Práticas de avaliação em saúde no Brasil - diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf/view>>. Acesso em: 20 de jun. de 2015.

NEMES, MI et al. The variability and predictors of quality of Aids care services in Brazil. *BMC Health Services. Research*, 9:51, March, 2009.

OKAMURA, M. *Avaliação da implantação do teste rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas*. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fundação Oswald Cruz. Brasília, 2006, 124p.

PONTES, E. V.; GUERRA, C.; REGINA, C. Adesão ao protocolo de quimioprofi laxia do HIV por adolescentes vítimas de violência sexual : Revisão integrativa. *Adolescência & Saúde*, v. 11, p. 56-62, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. *Resolução CIB/RS nº 143/2014*. Realiza repasse financeiro para 55 municípios e Estado para atendimento de sua população e da população para a qual é referência macrorregional, regional e região de saúde, por meio da implementação de serviços estruturados para atenção às DST/HIV e AIDS e Hepatites Virais. Porto Alegre, 2014a.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. *Resolução CIB/RS n° 663/2014*. Aprova a Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids e outras DST do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. *Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. Plano Estadual de Saúde: 2016/2019*. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

SÃO PAULO. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. Equipe de Pesquisa Qualiaids. *Caderno de Recomendações da Avaliação Qualiaids*, p. 58, 2016. Disponível em <<http://www.qualiaids.fm.usp.br/>>. Acesso em: 29 dez. 2016.

TRIGUEIRO, T. H. et al. Vítimas De Violência Sexual Atendidas Em Um Serviço De Referência. *Cogitare Enfermagem*, v. 20, n. 2, 2015. Disponível em: <<http://doi.org/10.5380/ce.v20i2.40355>>. Acesso em: 20 de jan de 2017

ARTIGO CIENTÍFICO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Marina Gabriela Prado Silvestre*

Nêmora Tregnago Barcellos†

RESUMO: OBJETIVO: Realizar análise do perfil e da qualidade dos serviços de atendimento às Pessoas Vivendo com HIV/Aids do estado do Rio Grande do Sul. MÉTODOS: Realizou-se um estudo de pesquisa avaliativa para analisar o perfil dos serviços. Este estudo utilizou informações de dois instrumentos: um questionário elaborado no FormSUS e dados do instrumento Qualiaids, 4ª versão. O período de coleta de dados foi de junho a outubro de 2016. O instrumento foi tabulado no Excel e analisado SPSS 22. Foi realizada uma análise descritiva de indicadores do sistema Qualiaids e de questões selecionadas no FormSUS. A análise de qualidade foi realizada através do “*ranking*” dos serviços em categorias de qualidade, através do método estatístico K-médias. O teste estatístico Shapiro-Wilk foi utilizado para avaliar a existência de diferença entre as pontuações gerais dos grupos de qualidade dos serviços, para o qual se utilizou o p-valor < 0,05. RESULTADOS: A participação dos serviços foi de 93%, sendo 42% de médio porte. A maioria das frequências dos dados apresentados, relacionados à estrutura e ao processo de trabalho, está abaixo dos percentuais de estudos similares. A carga horária médica semanal para o número de usuários atendidos está inadequada na maioria (74%). Apenas 42% serviços informaram possuir planta física adequada às normas, 95% atendem cinco dias por semana e 80% estão abertos oito horas ou mais por dia. Não houve falta de medicamentos ARV em 64% dos serviços. Aproximadamente 49% dos serviços não fornecem o diagnóstico de HIV para o usuário no mesmo dia de realização do exame, e apenas 14,9% informaram que o paciente é atendido no mesmo dia em que procura o serviço. : O maior número de serviços (29%) está no terceiro grupo de qualidade. O grupo de pior qualidade está representado por 44% de SAE, 31% de ambulatórios (ambulatórios especializados, vinculados a hospitais) e 25% de serviços instituídos em unidades de Atenção Básica. Todos os serviços de pequeno porte (23%) do estudo estão no pior grupo de qualidade. CONCLUSÕES: Pode-se inferir que os serviços do RS apresentaram menores recursos essenciais para o atendimento das PVHA, quando comparados com os dados nacionais. Diante disso, o fortalecimento da atuação da gestão local, municipal, estadual e federal, frente às necessidades estruturais e organizacionais dos serviços, faz-se necessário, de forma a vencer os entraves identificados, ofertando um atendimento qualificado aos usuários. Salienta-se a importância de repensar o modelo de cuidado esperado para atender às necessidades dos usuários, de forma a inserir a intersectorialidade para a promoção de saúde, contemplar a integralidade do cuidado e fortalecer o apoio matricial. A avaliação mostrou que a maioria dos serviços do estado está no terceiro grupo de qualidade, sendo necessário superar o atual modelo de atendimento e avançar na proposta dos valores técnicos e éticos do DIAHV,

* Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos

† Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos

envolvendo a importância da individualidade do sujeito, a luta pela defesa da cidadania, da organização social e da assistência como um direito social.

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

1 INTRODUÇÃO

A epidemia do HIV/Aids é uma preocupação mundial, pois, em 2015, estimava-se que 36,7 milhões de pessoas estivessem infectadas pelo vírus do HIV no mundo (UNAIDS, 2016). No Brasil, essa estimativa, para o ano de 2015, foi de 827 mil indivíduos, sendo que o estado do Rio Grande do Sul (RS) está entre as unidades federativas com maior taxa de detecção, com 34,7 casos de Aids por 100 mil habitantes, correspondendo a 20% do total de casos do país. (BRASIL, 2016). O estado do RS está situado no extremo sul do país e ocupa cerca de 3% do território nacional. Sua população, em 2010, era de 10.639.929 habitantes, compondo aproximadamente 6% da população brasileira. (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A qualidade da assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) impacta diretamente na sua qualidade de vida e na redução da morbimortalidade decorrente da infecção, podendo também contribuir para o controle da epidemia através de ações de promoção e prevenção, assim, reduzindo a transmissibilidade do vírus. Desta forma, é considerada um elemento determinante do sucesso de programas centrados em doenças crônicas, como no caso da infecção pelo HIV/Aids. (MARINS et. al., 2003; KITAHATA et. al., 2002).

O atendimento das PVHA, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se através de uma rede composta por serviços com diferentes configurações institucionais, com serviços implantados em unidades com perfis distintos, dentre eles, destacam-se os Serviços Especializados em HIV/Aids (SAE), os Ambulatórios de Infectologia vinculados ou não a instituições hospitalares e os serviços instituídos em unidades de Atenção Básica. As ações desenvolvidas nesses serviços envolvem desde a promoção da saúde e a prevenção do agravo até condutas relacionadas à assistência, ao tratamento, ao monitoramento e à vigilância, tendo como diretriz o atendimento integral e universal a saúde das PVHA, prezando pela melhoria da qualidade de vida desses usuários. (BRASIL, 2013).

No estado do RS, essa rede está composta por 75 serviços, conforme consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), abrangendo as 30 regiões de saúde, distribuindo-se heterogeneamente entre as 30 regiões de saúde do estado, e constitui-se como referência para os municípios pertencentes à região. (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Essa diversidade entre os tipos de serviços também existe com relação à organização administrativa, financiamento, manutenção e recursos humanos, pois são administrados por órgãos municipais, estaduais, federais ou por organizações não governamentais conveniadas ao SUS. (BRASIL, 2008).

O Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais (DIAHV) instituiu uma parceria com a equipe Qualiaids tendo por objetivo de conhecer as características locais e avaliar a qualidade do atendimento prestado pelos serviços de HIV/Aids, criando, com isso, mecanismos de monitoramento e avaliação da assistência prestada por essa rede de serviços no país. (BRASIL, 2008).

Ao avaliar um serviço de saúde é possível realizar um julgamento de valor sobre os seus componentes, cujo objetivo é ajudar na tomada de decisões, obtendo-se, com isso, informações para auxiliar no processo de planejamento das ações prioritárias para cada serviço. (CONTRANDRIOPOULOS et al. 1997)

A primeira versão do instrumento de avaliação nacional da qualidade dos serviços, elaborado pela equipe Qualiaids, ocorreu no ano de 2001/2, sendo criado um questionário abordando a qualidade organizacional através da avaliação de três dimensões: disponibilidade de recursos, organização do processo de assistência e gerenciamento técnico. Esse instrumento foi aplicado em sete estados brasileiros, incluindo o Rio Grande do Sul, com resultados que permitiram classificar os serviços em níveis de qualidade. (NEMES et al., 2004).

No ano de 2007, ocorreu a segunda versão do Qualiaids, ampliado para que todas as instituições que atendessem PVHA participassem, sendo respondido por cerca de 80% dos serviços do país. (BRASIL, 2008). A última versão da avaliação nacional da qualidade dos serviços foi aplicada no ano de 2010 e obteve a participação de mais de 90% dos serviços do Brasil. (NEMES et.al., 2013).

Após os três ciclos de avaliação do Qualiaids, foram publicados estudos comparativos referentes aos avanços e retrocessos na qualidade do atendimento prestado. (NEMES et al., 2004; MELCHIOR et al., 2006; NEMES et al., 2011; 2013). Porém, nenhum desses estudos foi direcionado exclusivamente para os serviços do

estado do RS, nem descreveram detalhadamente suas características locorregionais. Perante tal contexto e frente ao preocupante cenário epidemiológico nessa região do país, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil dos serviços de atendimento às PVHA do estado do RS.

2 MÉTODOS

Realizou-se um estudo de pesquisa avaliativa para analisar o perfil e a relação entre os indicadores de estrutura e processo e a qualidade dos serviços especializados que prestam atendimento em HIV/Aids do estado do Rio Grande do Sul.

O estudo foi desenvolvido nos 75 serviços que prestam atendimento para PVHA no estado do RS. Esses serviços distribuem-se heterogeneamente entre as 30 regiões de saúde do estado, sendo que todas elas possuem pelo menos um serviço de HIV/Aids, que, geralmente, constitui-se como referência para os demais municípios pertencentes à região. (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Este estudo utilizou informações de dois instrumentos para coleta de dados, um questionário elaborado pela pesquisadora no FormSUS e dados do instrumento Qualiids, quarta versão – questionário padronizado, pré-testado e validado, que apresenta 82 questões distribuídas em três dimensões: organização do processo da assistência, gerenciamento técnico do trabalho e disponibilidade de recursos. (NEMES et al., 2016).

O período de coleta de dados foi de junho a outubro de 2016, em que os coordenadores técnicos dos serviços receberam, por *e-mail*, orientações para o preenchimento dos questionários, *login* e senha de acesso ao sistema Qualiids. Foi orientado que as questões fossem discutidas em reunião de equipe, principalmente aquelas relacionadas ao processo de trabalho, e posterior preenchimento dos dados no sistema pelo coordenador do serviço. O instrumento foi tabulado no Excel, sendo, então, agrupados e exportados seus dados para o programa SPSS 22 para limpeza do banco e análise dos dados.

Foi realizada uma análise descritiva de indicadores do sistema Qualiids e de questões selecionadas no FormSUS com objetivo de detalhar a realidade e descrever o perfil de cada serviço, sendo apresentados em número absoluto e frequência relativa.

Os serviços que preencheram todas as questões no sistema Qualiaids receberam automaticamente uma pontuação geral composta pela média das três dimensões de qualidade – organização do processo de assistência (A), gerenciamento técnico do trabalho (G) e disponibilidade de recursos (R). A pontuação de cada questão variou entre 0 a 2, de acordo com os tipos de questões (simples, somatória, média e índice). A pontuação zero (0) foi dada às questões que atingiram um padrão insuficiente, pontuação um (1) quando o serviço atingiu um padrão aceitável e pontuação dois (2) nos casos em que foi atingido um padrão esperado de atendimento.

A análise de qualidade dos serviços especializados em HIV/Aids foi realizada através do “*ranking*” dos serviços em categorias de qualidade, através do método estatístico K-médias, permitindo a formação de cinco grupos de níveis decrescentes de qualidade, homogêneos entre si, em relação à pontuação geral obtida para cada serviço estudado.

O teste estatístico Shapiro-Wilk foi utilizado para avaliar a existência de significância estatística entre as pontuações gerais dos grupos de qualidade dos serviços, no qual se utilizou o p-valor $< 0,05$.

O parâmetro utilizado para discriminar o porte dos serviços especializados foi baseado no Relatório de Aplicação do Qualiaids (2015), pois não existe um conceito definido na literatura para esse perfil de serviço, divididos em pequeno porte (prestam atendimento para até 100 usuários), médio porte (atendem entre 101 a 500 usuários) e grande porte (atendem mais de 500 pessoas).

O critério para avaliar a carga horária médica mensal foi utilizado e adaptado do Caderno de Recomendações da Avaliação Qualiaids (2015), no qual orienta que o acompanhamento de até 200 usuários em 20 horas semanais de trabalho, possibilitando que o médico atue tanto na assistência como na participação de reuniões técnicas e administrativas do serviço.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, sob o Parecer nº16/074, assim como pelo o Comitê de Ética em Pesquisa do município de Porto Alegre, sob o Parecer nº1.618.093. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos participantes do estudo.

3 RESULTADOS

A participação dos serviços especializados que assistem PVHA no RS foi alta, com percentual de 93% (70), que responderam pelos menos um dos instrumentos de coleta de dados. No comparativo da taxa de adesão dos serviços no estudo aplicado pelo Qualiaids 2010 e o atual, percebeu-se um aumento na participação, que foi de 83,1% (49). (NEMES et. al., 2011).

Dos participantes, 96% (67) responderam completamente todo o Sistema Qualiaids, sendo que são serviços cujas instituições gestoras são municipais, estaduais, federais e vinculados a universidades em 91% (61), 3% (2), 2% (1) e 4% (3), respectivamente.

O porte dos serviços especializados foi categorizado em quatro níveis de acordo com o número de PVHA atendidas: 8% (6) prestam atendimento para até 100 usuários (pequeno porte), 42% (31) atendem entre 101 a 500 usuários (médio porte) e 37% (29) atendem mais de 500 (grande porte).

Dos 75 serviços, 93% (70) possuem dados possíveis para o estudo, sendo que 99% deles informaram realizar atendimento para população adulta infectada pelo vírus do HIV, 72% atendem crianças portadoras de HIV, 90% prestam atendimento para gestantes soropositivas e 69% para crianças expostas ao vírus do HIV (aquelas que ainda não possuem diagnóstico definido). Além disso, 85% dos serviços atendem pacientes coinfectados por tuberculose, 81% coinfectados por hepatites virais e 82% atendem pessoas com infecções sexualmente transmissíveis.

No tocante à análise da carga horária médica semanal de atendimento médico às PVHA, percebeu-se que a maioria (45%) dos serviços desempenha carga horária médica mensal inadequada para o número de PVHA em acompanhamento no serviço, principalmente na macrorregião norte e fronteira oeste. Aproximadamente 26% dos serviços revelaram uma carga horária médica mensal adequada para o número de usuários em atendimento.

Tabela 1 - Análise descritiva dos dados disponibilidade de recursos dos serviços de HIV/Aids, no sistema Qualiaids e FormSUS, RS, 2016 (n=70)

Disponibilidade de recursos	N (%)
Tipo de unidade de saúde	
SAE	41 (60,3)
Ambulatório especializado	7 (10,3)
Ambulatório inserido na atenção básica	7 (10,3)
Serviço de atenção básica	7 (10,3)
Ambulatório de várias especialidades	4 (5,9)
Ambulatório vinculado a um hospital	2 (2,9)
Serviços com pelo menos um profissional na equipe	
Aux./téc. de enfermagem	59 (88,1)
Enfermeiro	64 (95,5)
Assistente Social	43 (67,6)
Dentista	18 (26,4)
Farmacêutico	50 (73,5)
Psicólogo	47 (69,1)
Possui planta física adequada às normas de acessibilidade	27 (42,2)
Atende cinco de dias por semana	61 (95,3)
Possui oito horas de funcionamento	46 (71,9)
Não possui horário de intervalo	35 (54,7)
Forma de marcação de consultas médicas	
Presencialmente pelo usuário	60 (93,8)
Por telefone	9 (14,1)
Por sistema de regulação	1 (1,6)
Por outros serviços da rede	6 (9,4)
Realiza marcação de consultas de retorno	50 (78,1)
Coleta todos os exames laboratoriais	13 (19,4)
Disponibilidade em até 15 dias de resultado de exame de carga viral	41 (60,3)
Disponibilidade em até 15 dias de resultado de exame de CD4	43 (63,2)
Disponibilidade em até 15 dias de resultado de exame de genotipagem	7 (10,3)
Não houve falta de TARV nos últimos 6 meses	27 (40,3)

Com relação ao atendimento de profilaxia pós-exposição (PEP) 88%, 81% e 49% prestam atendimento de PEP ocupacional, sexual e violência, respectivamente; e 45% informaram realizar Prep (Profilaxia pré-exposição), dado este que deve ser visto com cautela tendo em vista que a estratégia de implantação da Prep ainda está em período de avaliação no território nacional.

Tabela 2 - Análise descritiva sobre organização do processo de assistência desenvolvido pelos serviços de HIV/Aids, conforme o sistema Qualiaids, RS, 2016 (n=67).

Organização do processo de assistência	N (%)
Realiza todo atendimento de PEP no serviço	49 (73,1)
Realiza aconselhamento pós-teste de diagnóstico para HIV em resultados positivos e negativos	63 (92,6)
Entrega de resultado diagnóstico no mesmo dia de realização do exame	33 (51,6)
Primeira consulta realizada no primeiro dia	10 (14,9)
Intervalo de 7 dias para consultas de retorno no início ou troca de terapia	8 (11,9)
Convocação de todos pacientes com diagnóstico positivo que não retornam ao serviço, conforme consentimento	27 (39,7)
Busca de todos pacientes que faltam consulta agendada conforme consentimento	9 (13,4)
Periodicidade de coleta de exames de CD4 e carga viral	
Três a quatro vezes por semana	5 (7,8)
Duas vezes por semana	10 (15,6)
Uma vez por semana	19 (29,7)
Realiza solicitação de exames de genotipagem para HIV	60 (93,8)
Existe fluxo estabelecido para atendimento de lipodistrofia e/ou lipoatrofia	53 (82,8)
Prontidão para consulta com especialista (até 16 dias)	
Ginecologista	40 (58,8)
Cardiologista	14 (20,6)
Oftalmologista	9 (13,3)
Neurologista	4 (5,9)
Cirurgião Geral	12 (17,6)
Psiquiatra	14 (20,6)
Psicólogo	54 (79,4)
Dentista	46 (67,7)
Assistente Social	59 (86,8)

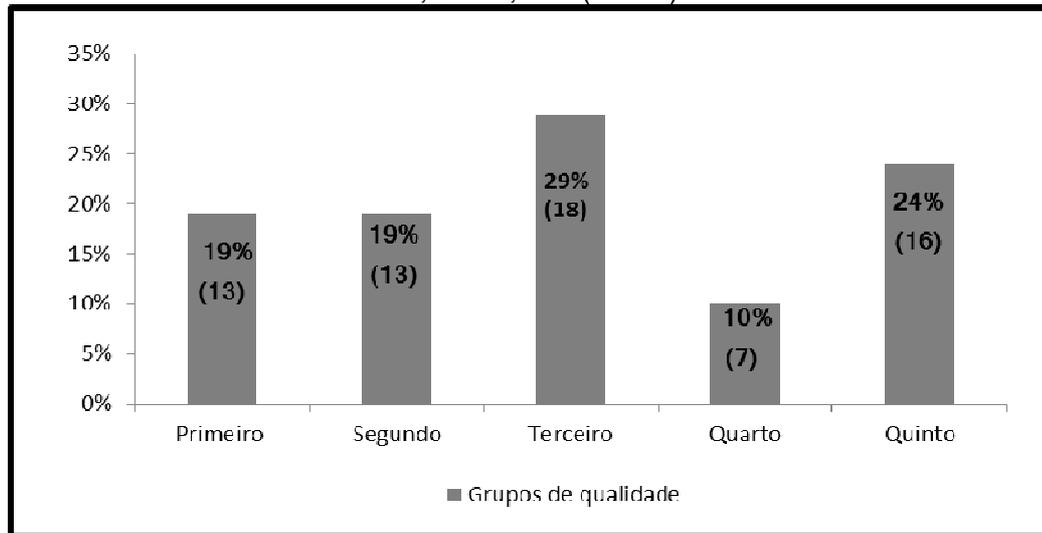
Quando analisada a articulação entre os serviços especializados e as equipes de saúde da Atenção Básica, aponta-se que as principais estratégias desenvolvidas foram a articulação para realização do pré-natal de gestantes com HIV, ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de IST/Aids através de capacitações e apoio matricial.

Tabela 3 - Análise descritiva sobre organização do gerenciamento técnico dos serviços de HIV/Aids, conforme o sistema Qualiaids, RS, 2016 (n=67).

Gerenciamento Técnico	N (%)
Avaliação periódica para reprogramação das atividades assistenciais	24 (35,8)
Trabalho em rede: atividades do SAE desenvolvidas com atenção básica	
Realização de busca de faltosos	38 (56,7)
Capacitações e matriciamento para diagnóstico, aconselhamento e tratamento	47 (70,1)
Apoio para pacientes com dificuldades de adesão TARV	36 (53,7)
Atendimento de intercorrências clínicas, demais condições crônicas	43 (64,2)
Pré-natal compartilhado das gestantes HIV+	48 (71,6)
Tratamento supervisionado compartilhado de tuberculose	40 (59,7)
Reuniões periódicas para discussão de casos clínicos	13 (19,4)
Campanhas de prevenção	46 (68,7)
Atividades de promoção e prevenção às IST/Aids	54 (80,6)
Não tem atividades em parceria com a AB	2 (3,0)
Encaminhamento com guia/carta após agendamento prévio para especialistas e/ou exames	22 (32,8)
Reuniões semanais, quinzenais ou mensais para discussão de casos/condutas e protocolos	24 (35,8)
Reuniões de equipe semanais, quinzenais ou mensais	29 (43,3)
Possui mecanismos para supervisão técnica dos profissionais	38 (56,7)
Formas de articulação para resolução de problemas gerenciais	
Encaminhamento para direção local	50 (74,6)
Reuniões da equipe e direção local para discussão e encaminhamento dos problemas	46 (68,7)
Comunicação e articulação com o movimento social organizado	11 (16,4)
Contato com outros serviços ou instâncias gerenciais para remanejamento de insumos e/ou acesso aos serviços necessários	27 (40,3)
Reunião com pacientes para encaminhamento de soluções conjuntas	6 (8,8)
Notificação à Coordenação Municipal de IST/Aids	21 (31,1)
Notificação à Coordenação Estadual de IST/Aids	27 (40,3)
Notificação ao Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais.	11 (16,4)
Notificação à Secretaria de Saúde	41 (61,2)
Aguarda providências de outras instâncias gerenciais.	11 (16,4)
Interações rotineiras com instituições não ligadas à saúde ou ONG	9 (13,4)
Possui mecanismos formais para encaminhamento de reclamações dos pacientes	54 (80,6)
Participação institucional dos pacientes mediante ONG e conselho gestor	12 (17,9)

Com relação aos grupos de qualidade, o maior número de serviços do estudo (29%) encontra-se no terceiro grupo de qualidade, seguido pelo último grupo, com 24% da amostra (Figura 1 e Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos serviços nos cinco grupos de qualidade, Rio Grande do Sul, 2016, RS (N=67).



Ao realizar o teste Shapiro-Wilk, essa variável apresentou p-valor $<0,001$, demonstrando diferença estatisticamente significativa entre os grupos de qualidade.

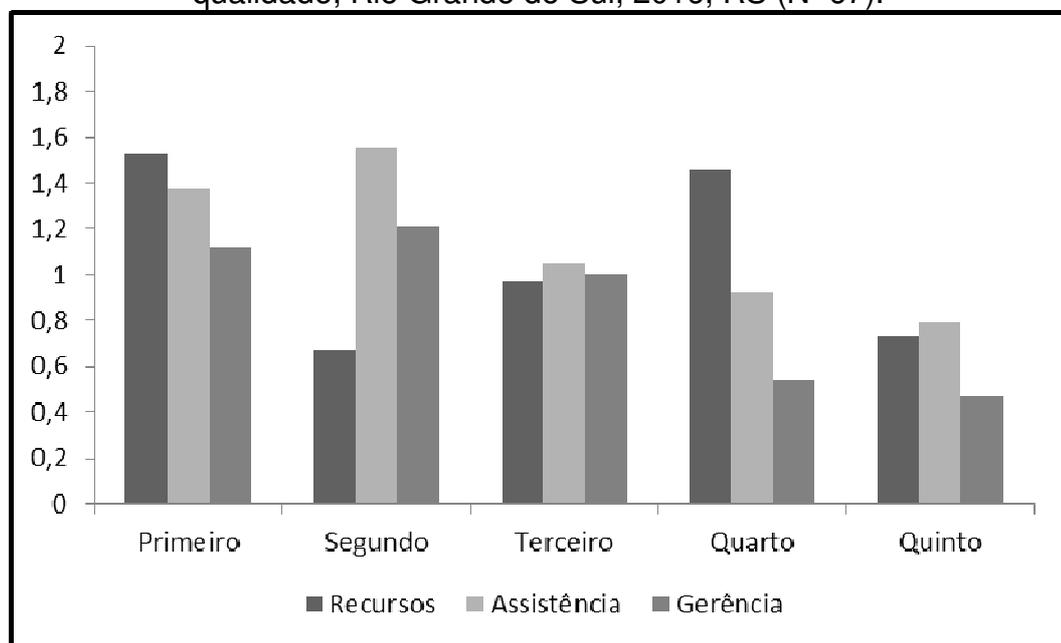
O gráfico 2 ilustra a constituição interna de cada grupo de qualidade quanto à média nas três dimensões avaliadas. Destaca-se que cada dimensão possui um bloco de questões, portanto, a média geral obtida em cada dimensão reflete o padrão de resposta observado nas questões, distribuídas no gráfico por cada grupo de qualidade. Com isso, as dimensões que obtiveram pontuação 2 são consideradas de “melhor qualidade”, ou seja, as respostas obtidas atingiram o padrão esperado de qualidade, enquanto que aquelas que receberam pontuação 1 possuem um padrão aceitável de resposta.(NEMES et al., 2016).

O primeiro grupo de qualidade possui pontuações decrescentes entre as dimensões, sendo que a de recursos destacou-se, apresentando maior pontuação. O segundo grupo, mostrou situação oposta, no qual a dimensão de recursos foi a menor, estando inclusive abaixo do padrão aceitável, sendo que a dimensão de assistência sobressaiu-se entre as três. No comparativo entre esses dois primeiros grupos, que possuem o mesmo quantitativo de serviços, percebe-se a importância do desempenho nas ações de assistência, além disso, pode-se considerar que a falta de recursos disponíveis não implica diretamente em oferta de má qualidade na assistência (Gráfico 2).

O terceiro grupo de qualidade, que possui o maior número de serviços da amostra, possui mais homogeneidade entre as pontuações, sendo que todas as dimensões atingiram um padrão aceitável. O quarto grupo apresentou pontuações

nas dimensões de assistência e gerencia abaixo do aceitável, enquanto que a dimensão de recursos mostrou elevada pontuação. Essa situação demonstra mais uma vez que relação entre disponibilidade de recursos e qualidade de assistência não está diretamente relacionada, já que mesmo serviços com elevados recursos tecnológicos não garantem de uma assistência de qualidade. O último grupo apresentou todas as dimensões abaixo do padrão esperado, sendo que de gerenciamento foi a menor entre todas as proporções (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Grupos de qualidade segundo as médias nas três dimensões de qualidade, Rio Grande do Sul, 2016, RS (N=67).



A amostra estudada compõe 13 serviços no primeiro grupo de qualidade, que, conforme tabela 1, está composta 85% (11) por SAE e 15% (2) de ambulatorios, 69% (9) são serviços de médio porte e 31% de grande porte. (Gráfico 2 e Tabela 4). Ressalta-se que essa amostra não desenvolve nenhum serviço na capital e apenas um está localizado na região metropolitana do estado. A maioria está localizada na região norte, missioneira e fronteira oeste do RS.

No segundo grupo, destacaram-se as dimensões de assistência e gerência, que se destacaram acima do esperado (maior que 1), elevando a média desse grupo, que também possui 13 serviços. Aproximadamente 77% (10) da amostra está caracterizada como SAE, e 23% (3) são ambulatorios, possuem elevado número de usuários cadastrados, sendo que 100% (13) são de grande porte. (Gráfico 2 e

Tabela 4). Salienta-se que todos os serviços especializados da capital estão distribuídos nesse grupo, assim como alguns da região serra e metropolitana do RS.

O terceiro grupo tem 18 serviços, representando 29% da amostra estudada. Possui uma representatividade menor de SAE, com 50% (9), em comparação com os primeiros grupos, e participação maior dos ambulatorios e serviços da AB, e 50% (8) são de grande porte (Gráfico 2 e Tabela 4). Esse grupo está representado, em sua grande maioria, por serviços localizados na região metropolitana do estado, assim como alguns ambulatorios da capital.

O quarto grupo de qualidade revelou alta pontuação na dimensão de recursos, média pontuação em assistência e baixa pontuação em gerência, demonstrando bastante heterogeneidade entre as dimensões. Esse grupo possui uma amostra de 86% (6) dos serviços de médio porte, com representação de 57% (4) SAE e 29% (2) de ambulatorios. (Gráfico 2 e Tabela 4). Esse grupo indicou heterogeneidade entre as localizações territoriais no estado, não apresentando um padrão.

O último grupo está representado por 44% (7) de SAE, 31% (5) de ambulatorios (ambulatorios especializados, vinculados a hospitais) e 25% (4) de serviços instituídos em unidades de Atenção Básica – maior representatividade desse modelo de unidade no estudo. São serviços de médio porte, com maior participação dos serviços de pequeno porte também (Gráfico 2 e Tabela 4). A maioria dos serviços está localizada na região metropolitana, seguidos da região sul e missioneira do estado.

Tabela 4 - Análise descritiva de características gerais dos cinco grupos de qualidade, QualiAids, RS, 2016 (n=67).

Características	Primeiro Grupo	Segundo Grupo	Terceiro Grupo	Quarto Grupo	Quinto Grupo
SAE	11 (84,6)	10 (76,9)	9 (50,00)	4 (57,1)	7 (43,8)
Ambulatórios Especializados	2 (15,4)	3 (23,1)	6 (33,4)	2 (28,6)	4 (25,0)
Ambulatórios vinculados a hospitais	-	-	1 (5,6)	-	1 (6,3)
Serviço de Atenção Básica	-	-	2 (11,1)	1 (14,3)	4 (25,0)
Características	Primeiro Grupo	Segundo Grupo	Terceiro Grupo	Quarto Grupo	Quinto Grupo
Serviços de pequeno porte	-	-	-	-	3 (23,1)
Serviços de médio porte	9 (69,2)	-	8 (50,0)	6 (85,7)	7 (53,8)
Serviços de grande porte	4 (30,8)	13 (100,0)	8 (50,0)	1 (14,3)	3 (23,1)

4 DISCUSSÃO

A partir deste estudo é possível perceber que a maioria das frequências dos dados apresentados, relacionados à estrutura e ao processo de trabalho, está abaixo dos percentuais de estudos similares. (NEMES et. al., 2011; 2013). Diante disso, pode-se inferir que os serviços localizados no estado do RS possuem menores recursos essenciais para o atendimento das PVHA, quando comparados com os dados nacionais.

Com relação ao atendimento de PEP, foi informado menor percentual de atendimento nas situações de violência do que nas demais situações. Essa conduta é preocupante porque a PEP constitui-se em uma estratégia de prevenção combinada, sendo fundamental para evitar novas infecções pelo HIV, em que sua indicação de tratamento não está baseada nas categorias de exposição (sexual consentida, ocupacional e violência sexual), mas, sim, na avaliação do risco de exposição do usuário. (BRASIL, 2015). Estudos corroboram com essa orientação e salientam principalmente a importância da oferta de quimioprofilaxia para usuários vítimas de violência sexual. (FAÚDES et al., 2006; PONTES; GUERRA; REGINA, 2014; TRIGUEIRO et al., 2015). Portanto, recomenda-se que o fluxo de atendimento para PEP seja estabelecido e todos os serviços de HIV/Aids realizem a avaliação de risco, independente do “tipo” de exposição que o usuário sofreu, prescrevam o tratamento, quando indicado, realizem o seguimento e encerramento do caso.

Ao analisar os dados sobre a carga horária médica semanal, percebe-se que a maioria (74%) dos serviços desempenha carga horária inadequada para o número de usuários atendidos. Essa inadequação, possivelmente, está relacionada à carência e a má distribuição dessa categoria profissional, mormente, nos serviços públicos do país, conforme já relatado na literatura. (NEMES et al., 2013). Nesse sentido, se faz necessário o apoio da gestão local para estruturação e manutenção da equipe de profissionais mínimos necessários para o adequado atendimento dos usuários em seu serviço, assim como citado em estudo semelhante. (NEMES et al., 2013).

Sobre a presença de equipe multiprofissional, destaca-se que técnico/auxiliar de enfermagem e enfermeiro estão presentes na maioria dos serviços, reforçando a importância da presença desses profissionais na atuação com PVHA, conforme estudo de Fernandes et al. (2015). Contrapondo-se a esse achado, todos os demais

profissionais que compõem uma equipe mínima multiprofissional para estabelecimento do SAE, tais como psicólogo, assistente social, farmacêutico e dentista, exercem uma menor participação, fato esse que pode comprometer para a integralidade do cuidado prestado pelos serviços. Quando questionado sobre a presença de dentistas, esse percentual é mais reduzido ainda, sendo que apenas 26% dos serviços o possuem em sua equipe. Nos estudos Qualiaids (2007 e 2010), esses dados foram similares, indicando menor presença de dentistas na equipe de trabalho dos serviços. (MELCHIOR et al., 2006; NEMES et al., 2011; 2013).

Ao avaliar a prontidão para atendimento de profissional especialista, parâmetro utilizado por Nemes et al. (2013), ou seja, a disponibilidade de consulta especializada em até 15 dias, foi possível perceber que os maiores percentuais são para as especialidades de ginecologia, cardiologia e psiquiatria, com 58,8%, 20,6% e 20,6%, respectivamente; todos esses dados são inferiores aos valores encontrados nos estudos nacionais. (NEMES et al., 2011, 2013). As demais especialidades avaliadas também obtiveram percentuais de prontidão inferiores aos estudos nacionais, com menor disponibilidade para especialidade de neurologia, em que o percentual estadual de prontidão ficou em 5,9%, comparados aos valores nacionais de 25,4% e 17,6%, nos anos de 2007 e 2010, respectivamente. Portanto, recomenda-se que exista uma articulação sistemática, eficiente e resolutiva para o encaminhamento das consultas especializadas, de modo que os fluxos de referência e contrarreferência estejam bem-estabelecidos, e que a necessidade de encaminhamento seja rigorosamente avaliada pela equipe responsável pelo caso.

Relativamente à acessibilidade, destaca-se que apenas 42% informaram possuir planta física adequada às normas, diante disso, recomenda-se que a estrutura física do serviço deve ser planejada e adaptada às necessidades dos usuários de forma a facilitar o acesso, conforme orientação ABNT NBR 9050. Ainda sobre questões relacionadas à estrutura, 20% dos serviços informam que estão abertos menos de oito horas por dia, percentual maior em comparação com estudo nacional, cujo valor foi de 8,5% em 2010. (NEMES et al., 2011). Situação essa que pode impactar negativamente no acesso do usuário aos atendimentos ofertados pelo serviço de saúde, recomendando-se, portanto, que a gestão administrativa responsável por esses serviços organize-se de forma a garantir a expansão do horário de atendimento, tal como já orientado em estudo similar. (DANTAS, 2012).

Ainda sobre informações de acesso, 58% dos serviços relataram que encaminham o usuário para coletar exames em outros locais, enquanto que 22% não coletam nenhum tipo de exame no serviço. Tal situação impacta negativamente na disponibilidade de exames diagnósticos, na celeridade do resultado dos exames, que podem apoiar a conduta clínica, e na adesão dos usuários ao serviço de saúde. Diante disso, recomenda-se que o serviço possa estar estruturado para que o maior número de exames possa ser requisitado e coletado pela equipe de modo a fortalecer o vínculo e facilitar o acesso do usuário ao serviço. Porém, nas situações de impossibilidade de coleta de exames, que esse encaminhamento seja efetuado de modo organizado e com fluxo bem-estabelecido na rede de serviço, devendo ser agendado pelo profissional da equipe com data, horário e local, de preferência.

A maioria dos serviços (64,2%) não relatou falta de medicamentos ARV, ou se teve, essa falta foi de no máximo sete dias, esse achado também foi apontado em estudos semelhantes. (MELCHIOR et al., 2006; NEMES et al., 2011; 2013). Fato esse que está relacionado com o compromisso do governo brasileiro, através da Lei nº 9313/96, ao direito de todos os pacientes portadores do HIV/Aids ao acesso universal e gratuito aos TARV pelo Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1996).

Mesmo com alta disponibilidade de testes rápidos para HIV, destaca-se que aproximadamente 49% dos serviços não fornecem o diagnóstico para o usuário no mesmo dia de realização do exame, devido a isso, questiona-se qual a real efetividade do uso desses testes pelos serviços de saúde, visto que essa tecnologia tem por prerrogativa fornecer precocemente o acesso ao diagnóstico. Ressalta-se, ainda, que o fornecimento de diagnóstico, no mesmo dia da realização do exame, impede que os usuários deixem o serviço de saúde sem conhecer seu *status* sorológico, pois é comum as situações em que os pacientes não retornam ao serviço para buscar o resultado do exame, muitas vezes, por medo ou mesmo pela demora do resultado. (OKAMURA, 2006).

Quanto ao tempo de espera para o primeiro atendimento no serviço, apenas 14,9% informaram que o paciente é atendido no mesmo dia em que procura o serviço, enquanto que a média nacional para esse atendimento foi de 82,3%. (NEMES et al., 2011). Destaca-se que esse é um momento crucial para o fortalecimento do vínculo entre usuário e equipe de saúde, no qual atividades e estratégias de adesão devem ser reforçadas, pensado na integralidade do cuidado

do usuário, na aceitação ao diagnóstico, na rede de apoio social, assim como nas questões clínico-laboratoriais.

Sobre as informações relacionadas ao processo de busca ativa dos usuários que faltaram à consulta agendada, apenas 13,4% deles informaram que a realizam para todos os usuários faltantes, o que, no mesmo estudo nacional já citado, esse percentual foi de 30,5%. (NEMES et al., 2011). Esse fato é bastante preocupante, já que o abandono do acompanhamento clínico pode ocorrer em paralelo com o abandono da TARV, impactando significativamente na manutenção do vínculo entre usuário e serviço de saúde. Nessas situações, torna-se imprescindível que a organização administrativa do serviço possibilite a realização de busca ativa dos usuários que faltaram ao atendimento agendado, sempre respeitando os preceitos de sigilo e confidencialidade, de forma a fortalecer a adesão à terapêutica e ao acompanhamento clínico.

Com relação aos grupos de qualidade, foi possível inferir que a maioria dos serviços do estudo está no terceiro grupo, são de médio e grande porte e estão localizados na região metropolitana do estado. Este estudo obteve elevada taxa de participação, o que se atribui ao fato de ser um trabalho focalizado no estado e seus municípios, com participação ativa da Coordenação Estadual no cadastramento, contatos e condução do sistema de avaliação, destacando a importância deste trabalho articulado entre gestão federal e estadual.

Estudos nacionais e internacionais apontam piores níveis de qualidade da assistência às PVHA entre os serviços de pequeno porte. (CAMPBELL; ROLAND; BUETON, 2001; NEMES et al., 2004; IRA et al., 2005; NEMES et al., 2009; HANDFORD et al., 2009). Os achados da presente pesquisa corroboram esses estudos, no qual se observou a presença de todos os serviços desse porte no quinto grupo de qualidade. Apesar de esses serviços possibilitarem a ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento e poderem até mesmo ofertar uma atenção diferenciada, eles precisam superar o atual modelo de atendimento e avançar na proposta do projeto ético-político de acordo com as diretrizes do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais (DIAHV). (BACCARINI, 2011).

Um trabalho de melhor qualidade é aquele que resulta de tecnologias assistenciais coerentes com os valores do plano propositivo de um programa, relacionando seus valores técnicos e éticos com as práticas assistenciais operadas nos serviços. No caso do DIAHV, esses valores envolvem a importância da

individualidade do sujeito, a luta pela defesa pela cidadania, da organização social e da assistência como um direito social. (NEMES et. al., 2016).

Assim, uma investigação de maior profundidade, através de métodos que possam avaliar as peculiaridades não somente desses serviços, mas, também, da região à qual pertencem se faz necessária, de modo a encontrar os elementos que favoreceram a classificação dos serviços de pequeno porte nesse grupo. Além disso, ressalta-se a importância do apoio da gestão estadual e federal para qualificação das ações desenvolvidas por esses serviços.

O primeiro e o segundo grupo de qualidade obtiveram pontuação maior que um nas dimensões avaliadas, sendo, portanto, considerados como de “melhor qualidade”, com evidência para o primeiro grupo, sendo considerado “o grupo de melhor qualidade”. Diante disso, os serviços representados nesses dois grupos estão mais próximos dos compromissos ético-normativos que orientam a proposta do DIAHV, atendendo com maior qualidade às necessidades das PVHA. Conforme Castanheira (2002, p.116), esses serviços “concretizam alternativas para uma atenção integral não centrada, exclusivamente, no acompanhamento médico e na assistência individual de conteúdo clínico”.

No terceiro grupo de qualidade, as três dimensões estão concentradas em padrões médios de qualidade, com pontuação igual a um. O que Castanheira (2002, p. 120) cita que “não são serviços de ‘má qualidade’, mas, sim, os que cumprem com requisitos básicos para uma assistência ambulatorial programática, mas ainda de modo limitado”. A maior parte dos serviços do estudo está representada nesse grupo de qualidade (29%), em um estado que possui histórico de maior taxa de detecção de casos de HIV/Aids nos últimos 10 anos. Devido a essa situação, reforça-se a importância de estudos similares, que enfatizem a qualificação do atendimento prestado aos usuários, de modo a potencializar a adesão à terapêutica, fomentar a melhoria na qualidade e na expectativa de vida das PVHA, reduzindo a transmissibilidade do vírus, ofertando diagnóstico e tratamento precocemente.

No último grupo, considerado o de “pior qualidade”, todas as dimensões revelaram pontuação inferior a um, ou seja, são serviços que estão abaixo do padrão esperado, o que Castanheira (2002, p.123-124) assinala:

O trabalho assistencial nesses serviços aproxima-se mais da assistência ambulatorial tradicional, centrada quase que exclusivamente no acompanhamento médico. Nesse sentido, não há desenvolvimento de

alternativas tecnológicas que busquem uma maior integralidade nas ações, tampouco uma atuação multiprofissional mais integrada.

Mais estudos, com diferentes métodos e análises, fazem-se necessários para compreender os principais obstáculos enfrentados pelos serviços que compõem esse grupo de qualidade, necessitando também de atenção especial por parte a gestão federal e estadual, visto que não cumprem com o padrão médio esperado dos compromissos ético-normativos orientados pela proposta do DIAHV.

Para o adequado atendimento das necessidades dos usuários é necessário que gestores locais e estaduais conheçam as peculiaridades dos serviços especializados em atendimento de HIV/Aids de modo a prestar assistência de acordo com as condutas estabelecidas pelo DIAHV. Para isso, o fortalecimento da atuação da gestão local, municipal, estadual e federal, frente às necessidades institucionais e dos usuários, mostra-se necessário, de forma a avaliar as experiências exitosas, assim como as dificuldades e os entraves enfrentados, estabelecendo, com isso, estratégias objetivas para vencer as barreiras identificadas em cada serviço e qualificando o cuidado prestado à população.

Salienta-se a importância de repensar o modelo de cuidado que se espera para atender às necessidades dos usuários envolvidos, de forma a inserir a intersetorialidade para a promoção de saúde e prevenção de novas infecções. Recomenda-se, ainda, que esses serviços trabalhem em uma lógica de compartilhamento do cuidado dos usuários com os demais pontos da rede de atenção à saúde de forma a contemplar a integralidade do cuidado, a vinculação e adesão à terapêutica.

O estudo apresentou limitações já que não foi possível apoiar-se em diferentes métodos de análise para identificar localmente áreas mais críticas de cada serviço envolvido, sendo necessários estudos mais aprofundados. A forma de coleta de dados também pode ser considerada um fator limitador porque as informações foram coletadas via preenchimento on-line, o que possibilita falhas de digitação. Além disso, não foi possível avaliar cinco importantes serviços da rede de atendimento já que não preencheram os instrumentos do estudo. O uso do Sistema Qualiaids apresenta vantagens interessantes para estudos futuros, pois dispõe de dados de ciclos anteriores de avaliações, dessa forma, permitindo elaborar observações comparativas entre os serviços participantes.

Apesar de esta pesquisa ter incluído todos os serviços do estado do Rio Grande do Sul, outros estudos são necessários principalmente para abordar peculiaridades dos serviços e região de saúde, assim como a possibilidade de inserir indicadores relacionados a resultados. Todavia os dados encontrados podem ser utilizados como ponto de partida para estudos futuros, incluindo a reflexão sobre o tipo de assistência ofertada às PVHA, de forma subsidiar as instituições de saúde no planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

ABSTRACT: **OBJECTIVE:** Analyzing the profile of the 75 care services for the People Living with HIV/AIDS in the state of Rio Grande do Sul-Brazil. **METHODS:** A study of evaluative research was conducted to analyze the services profile. This study used information from two instruments: a questionnaire created using FormSUS and data from the instrument Qualiads, 4th version. The data collection period was from June to October 2016. The instrument was tabulated in Excel and analyzed using SPSS 22. A descriptive analysis of Qualiads system indicators and of issues selected in FormSUS was held. The quality analysis was performed by ranking the services into quality categories, using the statistical method K-means. The statistical test Shapiro-Wilk was used to assess the existence of statistical significance between the overall scores of the quality groups of services, for which the p-value <0.05 was used. **RESULTS:** The services share was 93% being 42% of medium-size. Most of the data presented frequencies, related to the structure and to the working processes, is below the percentages of similar studies. The weekly medical workload for the number of cared users is inadequate at most (74%). Only 42% of the services reported having adequate physical plant standards, 95% are open five days a week and 80% are open eight hours or more each a day. There was a lack of antiretroviral drugs in 64% of services. Approximately 49% of the services do not provide a diagnosis of HIV to the user on the same day of the exam, and only 14.9% reported that the patient receives medical treatment at the same day that he or she looks for the service. The largest number of services (29%) is in the third group of quality. The group of poorer quality is represented by 44% of SAE, 31% of outpatients (specialized clinics, linked to hospitals) and 25% of services established in primary care units. All small size services (23%) of the study are in the worst group of quality. **CONCLUSIONS:** It is possible to infer that Rio Grande do Sul-Brazil services demonstrated to have less essential resources for the care of PLWHA when compared to national data. Therefore, strengthening the role of local, state and federal management in the face of structural and organizational needs of the services, is necessary in order to overcome the identified barriers, offering a qualified service to the users. The importance of rethinking the model of care expected to meet the needs of users is stressed, so as to insert the intersectoral approach to promote health, contemplate the comprehensive care and strengthen the matrix support. For the effective incorporation of this new model of care, deployment and implementation of the Care Line for PLWHA in Rio Grande do Sul are key strategies for strengthening the health care network which involves these services studied, in order to enhance strategic actions for confronting HIV / AIDS. The evaluation showed that most state services is in the third group of quality, being necessary to overcome

the current service model and advance concerning the proposal of technical and ethical values of DIAHV involving the importance of subject's individuality, of the struggle for defense of citizenship, social organization and care as a social right.

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

REFERÊNCIAS

- BACCARINI, R.P. Avaliação de implantação da assistência ambulatorial às PVHA no SUS: uma análise dos serviços de pequeno porte a partir das pesquisas Qualiaids. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de risco à infecção pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p 54.
- BRASIL. Senado Federal. *Lei nº 9313, de 13 de novembro de 1996*. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de Aids. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 13 nov. 1996. p. 1.
- CAMPBELL, S.M; ROLAND, M. O; BUETOW, S. A. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.
- CASTANHEIRA, E. R. L. *Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/aids em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho*. São Paulo: 2002. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- CONTRANDRIOPOULOS, A.P. et. al. Avaliação na Saúde: Conceitos e Métodos In: FIOCRUZ (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.132. ISBN 85-85676-36-14.
- DANTAS, A. M. G. *Avaliação da qualidade do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) no município de Barra do Garças, MT*. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2012.

FAÚDES, A. et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 2, n. 28, p. 126-35, 2006. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/S0100-72032006000200009>>. Acesso em: 20 de jan de 2017.

FERNANDE,S.I.A. et. al. Orientação a pessoa vivendo com HIV: o papel do enfermeiro na adesão ao tratamento e no desenvolvimento da prática do autocuidado. *Revista Fafibe On-Line*, Bebedouro SP, 8 (1): 359-370, 2015.

HANDFORD, C. et al. Setting and Organization of Care for Persons Living with HIV. The Cochrane Collaboration, Copyright 2009, CD004348.

IRA, W. et al. A National Study of the Relationship of Care Site HIV Specialization to Early Adoption of Highly Active Antiretroviral Therapy. Vol.43, *Medical Care*, January, 2005, pp. 12-20.

KITAHATA, M.M. et. al. Comprehensive health care for people infected with HIV in developing countries. *BMJ* 2002;325(7370):954-7.

MARINS, J.R. et al. Dramatic improvement in survival among adult brazilian Aids patients. *AIDS* 2003;17(11):1675-82.

MELCHIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. *Revista de Saude Pública*, v. 40, n. 1, p.143-151, 2006. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/S0034-89102006000100022>>. Acesso em: 20 de jan de 2017

Nemes, M.I.B. et.al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2009 [cited 2017 Feb 19] ; 55(2): 207-212. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000200028&lng=en

NEMES, M. I. B. et al.. *Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/Aids no Brasil*. 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52013/relat_rio_final_qualiaids_2010_11614.pdf>. Acesso em: 20 de jan de 2017

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, p. 310-321, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/24.pdf>>. Acesso em: 20 de jun. de 2015.

NEMES, M. I. B. et al Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids, Brasil: estudo comparativo 2001/2007. *Rev.saúde Pública*, v. 47, n. 1, p.137-146, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100018>. Acesso em: 20 de jan de 2017

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação de serviços de saúde: A experiência do Qualiaids. Práticas de avaliação em saúde no Brasil - diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na>

saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf/view>. Acesso em: 20 de jun. de 2015.

OKAMURA, M. *Avaliação da implantação do teste rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas*. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fundação Oswald Cruz. Brasília, 2006, 124p.

PONTES, E. V.; GUERRA, C.; REGINA, C. Adesão ao protocolo de quimioprofilaxia do HIV por adolescentes vítimas de violência sexual : Revisão integrativa. *Adolescência & Saúde*, v. 11, p. 56-62, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. *Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. Plano Estadual de Saúde: 2016/2019*. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

TRIGUEIRO, T. H. et al. Vítimas De Violência Sexual Atendidas Em Um Serviço De Referência. *Cogitare Enfermagem*, v. 20, n. 2, 2015. Disponível em: <<http://doi.org/10.5380/ce.v20i2.40355>>. Acesso em: 20 de jan de 2017

UNAIDS. Prevention GAP Report. 2016. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf.

- (2) Sim. Informar o número de pacientes atendidos com idade acima de 13 anos e o número de pacientes atendidos com idade abaixo de 13 anos.
7. Quantos dias por semana o ambulatório de HIV/AIDS está aberto ao público?
- (1) 1 dia por semana
 - (2) 2 dias por semana
 - (3) 3 dias por semana
 - (4) 4 dias por semana
 - (5) 5 dias por semana
 - (6) Mais de 5 dias por semana
8. Quantas horas por dia o ambulatório de HIV/AIDS está aberto ao público?
- (1) 4 horas por dia
 - (2) 6 horas por dia
 - (3) 8 horas por dia
 - (4) 12 horas por dia
 - (5) Mais de 12 horas por dia
9. Qual é o horário de abertura e de fechamento do ambulatório ao público?
- Horário de abertura: _____
- Horário de fechamento: _____
10. Há horário de intervalo? Caso a resposta seja sim, informar o horário de início e de término de intervalo?
- (1) Não
 - (2) Sim. Se sim, informar:
Horário de início: _____
Horário de término: _____
11. Qual o número de consultórios e salas para atendimento?
- Quando a sala for ocupada com mais de uma finalidade contabilizá-la apenas 1 vez.
 - _____ Consultório médico
 - _____ Consultório ginecológico
 - _____ Consultório de enfermagem
 - _____ Sala de procedimento
 - _____ Sala de observação
 - _____ Consultório odontológico
 - _____ Sala para atendimento de enfermagem
 - _____ Sala para atendimento individual por outros profissionais
 - _____ Sala para atendimento em grupo
12. Como são localizados geograficamente os serviços em relação à rede de transportes públicos?
- (1) Perto – até 2 quadras
 - (2) Distância média – de 3 a 5 quadras
 - (3) Longe – mais de 5 quadras
13. Em relação à acessibilidade pode-se afirmar que existem barreiras físicas nesse serviço que dificultam a circulação interna:
- (1) Não
 - (2) Sim
14. Quantos médicos responsáveis pelo seguimento ambulatorial de rotina a pacientes com HIV/AIDS existem nesse serviço?
- (1) Número de médicos pediatras atendendo HIV/Aids: _____
Informar a carga horária _____
 - (2) Número de médicos ginecologistas atendendo HIV/Aids: _____
Informar a carga horária _____
- II - Sistema de registro e informações**
15. O serviço possui sistema de registro de informações?
- (1) Não.
 - (2) Sim. Qual?
16. Possui informações relativas aos atendimentos gerados pelo serviço?
- (1) Não
 - (2) Sim. Qual (is)?
 - Número de usuários por faixa etária
 - Número de usuários por sexo
 - Número de usuários por populações-chave
 - Número de atendimentos em grupo
 - Número de atendimentos a casos de Profilaxia Pós-Exposição
 - Número de faltas em consulta médica
 - Número de faltas em consultas multiprofissionais
 - Número de faltas nas coletas de exames laboratoriais
 - Número de pacientes com coinfeção por tuberculose
 - Número de pacientes com coinfeção HIV/Hepatites Virais
 - Número de óbitos
 - Outros. Especificar:
17. O preenchimento das fichas de notificação está estabelecido como rotina?
- (1) Não existe rotina.
 - (2) Sim. Especificar qual o fluxo e/ou rotina:
18. Para abordagem dos usuários, o serviço faz uso no nome social?
- (1) Não.
 - (2) Sim.
- III - Captação da demanda e primeiro atendimento de pacientes HIV/AIDS**
19. Qual tipo de exame está sendo ofertado para diagnóstico de HIV/Aids:

- (1) Diagnóstico exclusivamente por testes rápidos
 (2) Diagnóstico exclusivamente por exames laboratoriais
 (3) Diagnóstico mediante uso de ambos exames (testes rápidos e sorologia)
20. Qual o intervalo de tempo entre a marcação do exame diagnóstico e a entrega do resultado:
 (1) Mais de 4 semanas
 (2) Entre 1 e 4 semanas
 (3) Menos de 1 semana
 (4) No dia seguinte a marcação
 (5) No mesmo dia da marcação
21. De rotina, o serviço utiliza termo de consentimento (abordagem consentida) para autorização de busca dos pacientes:
 (1) Não
 (2) Sim
22. Como se dá a forma de acesso à primeira consulta no serviço?
 (1) Presencialmente pelo usuário
 (2) Por telefone
 (3) Outros. Especificar:
23. Como se dá a forma de acesso à primeira consulta no serviço quando o usuário é encaminhado pela Atenção Básica?
 (1) Presencialmente pelo usuário
 (2) Por encaminhamento pela equipe de Atenção Básica
 (3) Por central de regulação
 (4) Outros. Especificar:
 (5) Não se aplica, pois essa referência não ocorre.
24. O usuário sai desse serviço com a consulta de retorno agendada?
 (1) Não
 (2) Sim. Como é realizado esse agendamento?
- IV - Organização geral da assistência à PVHA**
25. São realizadas atividades de educação em saúde com os usuários na sala de espera?
 (1) Não
 (2) Sim. Quais:
26. Esse serviço realiza ações específicas voltadas para as populações-chave?
 (1) Não
 (2) Sim. Especificar as ações e população
27. Quantas consultas são agendadas por período de 4 horas de trabalho para cada infectologista e/ou clínico?
 (1) mais de 16 consultas
 (2) 16 consultas
 (3) 12 consultas
 (4) 10 consultas
 (5) 8 consultas
 (6) Menos de 8 consultas
28. Quantas consultas extras (encaixes) estão disponíveis na agenda para cada infectologista e/ou clínico, por período de 4 horas de trabalho?
 (1) não existe reserva para consultas extras
 (2) 1 consulta
 (3) 2 consultas
 (4) 3 consultas
 (5) Mais de 3 consultas
29. O número de primeiras consultas médicas é preestabelecido para cada médico por período de 4 horas de trabalho?
 • Considerar primeira consulta como caso novo diagnosticado.
 (1) Não
 (2) Sim. Se sim, informar número de consultas para casos novos por médico, num períodos de 4 horas.
- V - Seguimento ambulatorial de rotina de pacientes HIV/AIDS**
30. Para os pacientes que NÃO estão em uso de antirretroviral, qual é o intervalo médio entre as consultas?
 (1) acima de 120 dias
 (2) 120 dias
 (3) 90 dias
 (4) 60 dias
 (5) 30 dias
31. Para os pacientes EM USO de antirretroviral, qual é o intervalo médio entre as consultas de rotina?
 (1) acima de 90 dias
 (2) 90 dias
 (3) 60 dias
 (4) 30 dias
32. Quantas gestantes realizaram acompanhamento obstétrico no serviço em janeiro a dezembro de 2015? Dessas, quantas obtiveram acesso ao aconselhamento sexual e reprodutivo por este serviço?
33. Esse serviço dispõe de atendimento para reprodução assistida?
 (1) Não. Para onde referencia quando há necessidade desse atendimento?

(2) Sim.

34. Esse serviço atualiza seu cadastro com base nas informações de óbitos entre seus usuários?

- (1) Não de modo sistemático
- (2) Sim. Se sim esse controle ocorre como?
- (3) Não se aplica, pois esse serviço não faz controle dos óbitos

VI - Medicamentos

35. Nesse serviço a orientação do uso de antirretroviral é realizada:

- (1) Na consulta médica
- (2) Por auxiliar/técnico de enfermagem
- (3) Na farmácia, por farmacêutico ou pessoal auxiliar
- (4) Na consulta do farmacêutico
- (5) Na consulta do enfermeiro
- (6) No atendimento individual por outros profissionais de nível superior
- (7) Nos grupos de discussão sobre adesão
- (8) Outros. Especificar:

36. Nesse serviço, a dispensação de antirretroviral na primeira prescrição é feita:

- (1) Acima de 30 dias após a prescrição
- (2) De 16 a 30 dias após a prescrição
- (3) De 8 a 15 dias após a prescrição
- (4) Até 7 dias após a prescrição
- (5) No mesmo dia

37. O serviço tem farmácia de dispensação?

- (1) Não. Informar onde a retirada é feita.
- (2) Sim. Abrir questão 42.

38. Esse serviço possui farmacêutico responsável?

- (1) Não
- (2) Sim – Informar dias e horários de atuação na farmácia.

39. O controle da dispensação de medicamentos é feito através de:

- (1) Esse serviço não tem esse tipo de controle
- (2) Ficha de cadastro individual, com informações sobre esquema terapêutico e data da retirada
- (3) SICLOM (Sistema de Informação e Controle de Logística de Medicamento)
- (4) Retenção da 2ª via da receita médica
- (5) Fichas de prateleira para controle de estoque de medicamentos
- (6) Livro de registro
- (7) Planilha de controle de medicamentos

(8) Outros. Especificar:

VII - Apoio diagnóstico e terapêuticos

40. Qual a periodicidade de coleta de exames laboratoriais (CD4 e carga viral) nesse serviço:

- (1) uma vez por mês
- (2) uma vez por semana
- (3) duas vezes por semana
- (4) três a quatro vezes por semana
- (5) Outro. Especificar

41. Quantos usuários são agendados para coleta (CD4 e carga viral), por dia de coleta nesse serviço:

- (1) até 10 coletas
- (2) 10 a 20 coletas
- (2) 20 a 30 coletas
- (3) 30 a 40 coletas
- (4) Outro. Especificar:

42. Qual é o prazo médio para o agendamento da coleta de CD4/CD8 e Carga Viral a partir da solicitação dos exames?

- Considere o tempo a partir da solicitação do exame.
 - (1) não disponível
 - (2) Imprevisível
 - (3) Mais de 45 dias
 - (4) 31 a 45 dias
 - (5) 16 a 30 dias
 - (6) 8 a 15 dias
 - (7) até 7 dias

43. Qual é o prazo médio entre a coleta de CD4/CD8 e Carga Viral e o resultado dos exames?

- Considere o tempo a partir da coleta dos exames
 - (8) não disponível
 - (9) Imprevisível
 - (10) Mais de 45 dias
 - (11) 31 a 45 dias
 - (12) 16 a 30 dias
 - (13) 8 a 15 dias
 - (14) até 7 dias

44. O serviço realiza solicitação de exame de genotipagem?

- (1) Não.
- (2) Sim. Informar em quais situações.

45. Qual é o prazo médio para o agendamento de exames de genotipagem a partir da solicitação do exame?

- Considerar o tempo a partir da solicitação do exame
 - (1) não disponível
 - (2) Imprevisível
 - (3) Mais de 45 dias

- (4) 31 a 45 dias
- (5) 16 a 30 dias
- (6) 8 a 15 dias
- (7) até 7 dias

46. Qual é o prazo médio entre a coleta de exame de genotipagem e o resultado do exame?

- Considerar o tempo a partir da solicitação da coleta do exame
 - (8) não disponível
 - (9) Imprevisível
 - (10) Mais de 45 dias
 - (11) 31 a 45 dias
 - (12) 16 a 30 dias
 - (13) 8 a 15 dias
 - (14) até 7 dias

47. A disponibilidade de cota para realização de exames de CD4 é, aproximadamente:

- Multiplicar a cota mensal por 12 e dividir pelo número de pacientes ativos
 - (1) Exame não disponível
 - (2) Menos de 1 exame por paciente por ano
 - (3) 1 exame por paciente por ano
 - (4) 2 exames por paciente por ano
 - (5) 3 exames por paciente por ano
 - (6) Mais de 3 exames por paciente por ano

48. A disponibilidade de cota para realização de exames de carga viral é, aproximadamente:

- Multiplicar a cota mensal por 12 e dividir pelo número de pacientes ativos
 - (1) Exame não disponível
 - (2) Menos de 1 exame por paciente por ano
 - (3) 1 exame por paciente por ano
 - (4) 2 exames por paciente por ano
 - (5) 3 exames por paciente por ano
 - (6) Mais de 3 exames por paciente por ano

VIII - Profilaxia Pós-Exposição (PEP)

49. Existe fluxo estabelecido para atendimento de usuários em situações de exposição ao risco de infecção pelo HIV (PEP)?

- (1) Não existe fluxo estabelecido
- (2) Sim. Informar qual o fluxo.

50. Em situações de exposição ao risco de infecção pelo HIV (PEP) o fornecimento de medicamento é ofertado:

- (1) Não existe fluxo estabelecido
- (2) Em outro serviço de referência.

Informar qual

- (3) No próprio serviço

51. Em situações de exposição ao risco de infecção pelo HIV (PEP) o seguimento do caso é ofertado:

- (1) Não existe fluxo estabelecido
- (2) Em outro serviço de referência para atendimento de PEP. Informar qual.
- (3) No próprio serviço

52. Existe serviço de referência para atendimento de PEP nos horários em que esse serviço está fechado?

- (1) Não existe fluxo estabelecido
- (2) Sim. Informar qual (is)

53. Os profissionais do serviço já receberam treinamento específico para orientações e condutas a serem realizados nos casos de profilaxia pós-exposição de risco?

- (1) Não
- (2) Sim

XIX. Gerência

54. A coordenação administrativa desse serviço possui formação para a atividade gerencial?

- (1) Não
- (2) Sim. Qual a formação?

55. Esse serviço utiliza os indicadores de saúde da região/município para o planejamento de suas atividades?

- (1) Não. Informar porquê
- (2) Sim. Informar qual.

56. Esse serviço possui acesso a quais sistemas de informação?

- (1) SINAN
- (2) SISCEL
- (3) SICLON
- (4) SIMC
- (5) Outros. Especificar:
- (6) nenhum

57. Esse serviço participa de comitês de investigação?

- (1) Não
- (2) Sim. Qual (is)?

58. No último ano, esse serviço realizou o planejamento de suas atividades:

- (1) Não houve planejamento local
- (2) Sim. Informar como ocorreu o planejamento.

X. Referências

59. O serviço possui referência para atendimento de lipodistrofia/ lipoatrofia?

- (1) Não. Pular para questão 68.
- (2) Sim. Informar o local.

60. Como é a forma de encaminhamento para o serviço de referência para lipodistrofia / lipoatrofia?

- (1) O serviço não realiza esse tipo de avaliação e encaminhamento
- (2) Presencial
- (3) Por telefone
- (4) Por sistema de referência
- (5) Outros. Especificar

61. Quais os critérios utilizados para avaliação de pacientes para procedimentos de lipodistrofia e lipoatrofia?

- (1) O serviço não oferta esse tipo de atendimento
- (2) Avaliação médica
- (3) Exames de imagem, como tomografia, densitometria e/ou ressonância
- (4) Antropometria
- (5) Queixas do usuário
- (6) Outros. Especificar:

62. Nos casos em que o usuário do serviço necessite de procedimentos e/ou exames para apoio diagnóstico e terapêutico em âmbito

hospitalar (hospitais, hospital-dia, UPA) existe serviço de referência?

- (1) Não
- (2) Sim. Local:

63. Nos casos em que o usuário do serviço necessite de atendimento hospitalar de urgência e emergência existe serviços de referência?

- (1) Não
- (2) Sim. Local:

64. Quando é necessário o encaminhamento do usuário para atendimento hospitalar, como ocorre?

- (1) Esse encaminhamento não é realizado.
- (2) A entrada do usuário é pela emergência do hospital mais próximo
- (3) Por contato direto com médico do hospital
- (4) Por referência ao leito-Aids do serviço
- (5) Regulação

APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA ESTADUAL

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro, para os devidos fins, que eu, Jaqueline Oliveira Soares, coordenadora da Seção de Controle Estadual de DST/Aids do Rio Grande do Sul autorizo a pesquisadora Marina Gabriela Prado Silvestre a entrar em contato com os serviços especializados e ambulatoriais de HIV/Aids do estado do Rio Grande do Sul para solicitar a participação do Projeto de Pesquisa intitulado "**Avaliação dos Serviços Especializados em HIV/Aids do estado do Rio Grande do Sul (RS)**", sob a responsabilidade do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Esse estudo constitui-se em uma das estratégias para viabilizar o aumento da capacidade e eficiência dos serviços de saúde para atendimento das pessoas diagnosticadas com HIV, elencada na Cooperação Interfederativa entre Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde RS. Nesse sentido, a Secretaria de Estado da Saúde do RS incentiva a participação de todos serviços especializados em HIV/Aids do estado nessa pesquisa de avaliação.

Esse projeto tem por objetivo realizar avaliação dos serviços especializados em HIV/Aids do RS, a partir da coleta de dados mediante formulário elaborado e disponibilizado pelo FormSUS e a partir de dados fornecidos no Projeto Qualiaids (2016), que é sistema de autoavaliação da qualidade organizacional dos serviços do SUS que prestam assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV do Ministério da saúde.

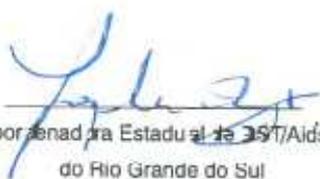
Os dados gerados nesse estudo possibilitarão avaliar a capacidade operacional e instalada de cada serviço, assim como poderão classificar os serviços em níveis distintos de qualidade, auxiliando os gerentes e equipes locais responsáveis para avaliação e monitoramento da qualidade da assistência prestada.

O projeto será encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), da Escola de Saúde Pública (ESP) e do município de Porto Alegre.

Ciente dos objetivos e da metodologia empregada no estudo acima descrito e que a pesquisadora não interferirá no fluxo normal deste Serviço concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466/2012 CNS/CONEP.

Assinatura e carimbo

Jaqueline Oliveira Soares
ID: 2444810
Coordenadora SC/DST/Aids


Coordenadora Estadual de DST/Aids
do Rio Grande do Sul

Data 30/05/16

APÊNCIDE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A acadêmica de mestrado da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Marina Gabriela Prado Silvestre sob a orientação da professora Nêmora Tregnago Barcellos, vem por meio deste termo, pedir a sua colaboração na pesquisa: *“AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM HIV/AIDS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL”*.

A participação na pesquisa será através do preenchimento de dois questionários, Qualiaids e FormSUS, com perguntas referentes a informações do serviço ao qual é responsável.

A participação na pesquisa não apresenta riscos para a sua integridade física, mental ou moral e você não terá custo algum. Todas as informações serão mantidas em sigilo e serão utilizadas somente para esta pesquisa. Em nenhum momento o seu nome será divulgado. Os dados coletados serão confidenciais e os resultados coletivos serão divulgados nos meios científicos. Você poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo algum.

No caso de surgir alguma dúvida com relação à pesquisa, interesse no andamento e resultados da mesma ou alguma reclamação, entre em contato com a acadêmica Marina Gabriela Prado Silvestre, pelo telefone (51) 3288-5910/5911 ou pelo e-mail marina-silvestre@saude.rs.gov.br, ou junto à professora orientadora do trabalho, professora Nêmora Tregnago Barcellos pelo e-mail nemoratb@gmail.com. Este termo será assinado em duas vias ficando uma em seu poder e a outra com a acadêmica.

Assinaturas:

Pesquisadoras:

Orientadora:

Entrevistado:

Data: ___/___/___

ANEXO A – QUESTIONÁRIO QUALIAIDS

Sistema de Avaliação Qualiaids - Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/Aids no Brasil

Equipe Responsável: Maria Ines Battistella Nemes e Equipe de Pesquisa Qualiaids, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

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

QUALIAIDS	NOVO QUESTIONÁRIO QUALIAIDS
<p>D1 Qual é o tipo de unidade de saúde na qual este serviço que atende pacientes com HIV/aids está inserido? ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</p> <p>1. Ambulatório exclusivo de assistência especializada a pacientes com HIV/ Aids, DST e hepatites virais (SAE).ⁱ</p> <p>2. Ambulatório especializado em moléstias infecciosas.ⁱⁱ</p> <p>3. Ambulatório de assistência especializada a pacientes com HIV/aids, DST e Hepatites Virais inserido em um serviço de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde ou ESF).ⁱⁱⁱ</p> <p>4. Serviço de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde ou ESF)ⁱⁱⁱ que acompanha pacientes com HIV/aids.</p> <p>5. Ambulatório de assistência a várias especialidades (ex.: dermatologia, urologia, psiquiatria).^{iv}</p> <p>6. Ambulatório de hospital.^v</p> <p>7. Outros. Descreva: _____</p>	<p>D2 Este serviço é um órgão subordinado à(ao)?: ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA</p> <p>1. Secretaria de Estado da Saúde.</p> <p>2. Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>3. Universidade pública.</p> <p>4. Universidade privada.</p> <p>5. Ministério da Saúde.</p> <p>6. Consórcio intermunicipal.</p> <p>7. Organização Social (OS).</p> <p>8. Outros Descreva: _____</p>

D3 Este serviço de HIV/aids realiza atendimento a:
ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Adultos com HIV/aids.
2. Crianças com HIV/aids.
3. Gestantes com HIV/aids.
4. Crianças expostas ao HIV e vírus da Hepatite C.
5. Coinfecção TB/HIV.
6. Hepatites virais em pacientes HIV positivos.
7. Hepatites virais em pacientes HIV negativos.
8. Infecções sexualmente transmissíveis (IST) em HIV negativos.
9. Profilaxia pós-exposição (PEP) ocupacional.
10. Profilaxia pós-exposição (PEP) sexual consentida.
11. Profilaxia pós-exposição (PEP) por Violência sexual.
12. Profilaxia pré-exposição sexual (PreP).
13. Outros
Descreva: _____

D4 Este serviço oferece:
ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Capacitação para profissionais de outros serviços.
2. Formação técnica para profissionais de outros serviços.
3. Estágios e/ou programas de residência médica.
4. O serviço não oferece atividades de formação, capacitação técnica ou estágios.

D5 No quadro a seguir, preencha as informações solicitadas, considerando sempre o mês anterior ao preenchimento do questionário. Se o mês anterior foi atípico (férias), considere o mês precedente*:

Considere apenas pacientes com idade acima de 13 anos	Caso não seja possível obter este número, preencha o quadro com #	Fonte (informe a fonte, ou se o número foi obtido através de estimativa)
Número total de pacientes com HIV/aids agendados para consulta médica no último mês*		
Número total de pacientes com HIV/aids que faltaram às consultas médicas agendadas no último mês*		
Número de consultas de HIV/aids realizadas no último mês **		

* Considere exclusivamente consultas médicas com infectologistas ou clínicos que realizam o acompanhamento de rotina de pacientes HIV/aids (prescrição de ARV, solicitação de CD4 e CV). Não incluir consultas de ginecologia ou de outras especialidades.

** Considere o total das consultas realizadas no ambulatório, incluindo as consultas de seguimento e de pronto atendimento ("fora de dia").

D6 No quadro a seguir, preencha as informações solicitadas considerando o ano anterior ao preenchimento do questionário (de 01 de janeiro a 31 de dezembro):

Considere apenas pacientes com idade acima de 13 anos	Caso não seja possível obter este número, preencha o quadro com #	Fonte (informe a fonte, ou se o número foi obtido através de estimativa)
Número total de pacientes com HIV/aids		
Número de pacientes em TARV		
Número de pacientes com HIV/aids que foram à óbito no último ano		
Número de pacientes em TARV que abandonaram o serviço no último ano		
Número total de pacientes com HIV/aids transferidos do serviço no último ano		
Número total de pacientes com HIV/aids que abandonaram o serviço no último ano		

R7 Para o atendimento de pacientes com HIV/aids, este serviço possui:
ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Consultório(s) médico(s) e sala(s) para atendimentos de enfermagem.
2. Consultório(s) médico(s), sala(s) para atendimento de enfermagem e sala(s) para atendimento individual por outros profissionais de nível superior.
3. Consultório(s) médico(s), sala(s) para atendimento de enfermagem, sala(s) para atendimento individual por outros profissionais de nível superior e sala(s) para atendimento em grupo.

R8 A estrutura física deste serviço:
ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Possui adaptações para facilitar o acesso e a circulação: portas e corredores largos, rampas, banheiros e rotas acessíveis, piso regular e antiderrapante, sinalização visual e tátil.
2. Possui algumas adaptações necessárias para facilitar o acesso e a circulação nos banheiros e corredores, porém ainda há barreiras físicas.
3. O serviço não possui as adaptações necessárias para facilitar o acesso e a circulação.

R9 Preencha no quadro abaixo o número de médicos que realizam o acompanhamento de rotina de pacientes HIV/aids (prescrição de ARV, solicitação de CD4 e CV) neste serviço:

Médicos que realizam o acompanhamento de rotina de pacientes HIV/aids (prescrição de ARV, solicitação de CD4 e CV)	Número de médicos	Carga horária total semanal (soma da carga horária dos médicos)
Infeccionistas		
Clinicos Gerais		
Médicos de outras especialidades que realizam o acompanhamento de rotina (prescrição de ARV, solicitação de CD4 e CV)		
Médicos residentes que realizam o acompanhamento de rotina (prescrição de ARV, solicitação de CD4 e CV)		

R10 No quadro abaixo informe o número de profissionais que atendem pacientes com HIV/aids:

Categoria profissional	Número total de profissionais	Número de profissionais que atendem exclusivamente HIV/aids
Enfermeiro		
Psicólogo		
Dentista		
Farmacêutico		
Assistente social		
Auxiliar ou técnico de enfermagem		
Fonoaudiólogo		
Terapeuta ocupacional		
Fisioterapeuta		
Nutricionista		
Educador físico		

G11 Quanto aos prontuários dos pacientes com HIV/aids: ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Todos os profissionais de nível superior (médicos e outros) registram seus atendimentos em prontuário único*, que é utilizado por todos os setores de assistência deste serviço.
2. Apenas o médico registra os atendimentos em prontuário único, que é o mesmo utilizado por todos os setores da assistência.
3. Todos os profissionais de nível superior (médicos e outros) registram seus atendimentos em prontuário específico para atendimento de pacientes com HIV/aids, de ambulatório de HIV/aids, que é arquivado separadamente dos demais da instituição.
4. Apenas o médico registra seus atendimentos em prontuário específico para atendimento de pacientes com HIV/aids, que é arquivado separadamente dos demais prontuários da instituição.

*Prontuário único: no momento da matrícula, o paciente recebe um número de prontuário, que é único para todos os setores do serviço de assistência.

G12 No atendimento médico de pacientes com HIV/aids, o registro em prontuário é feito: ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Livremente, a critério do profissional.
2. Nos campos padronizados somente para a primeira consulta, que são sistematicamente preenchidos.
3. Nos campos padronizados somente para a primeira consulta, com preenchimento a critério do profissional.
4. Nos campos padronizados para a primeira consulta e para consultas de retorno, que são sistematicamente preenchidos.
5. Nos campos padronizados para a primeira consulta e para consultas de retorno, com preenchimento a critério do profissional.

G13 De rotina, o preenchimento das fichas de notificação epidemiológica é realizado pelo(s) seguinte(s) profissional (ais):
ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Enfermeiro.
2. Auxiliar ou técnico de enfermagem, ou profissional administrativo.
3. Médico.
4. Outro profissional de nível universitário.
5. O médico preenche a parte clínica e outro profissional preenche os demais campos.
6. O setor de Vigilância do serviço é responsável pelo preenchimento.
7. As fichas de notificação não são preenchidas por este serviço.

A14 Questão excluída

A15 Caso o paciente com sorologia positiva para HIV confirmada não retornar a esse serviço:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Aguarda-se o retorno espontâneo.
2. Convocam-se todos os casos.
3. Convoca-se apenas se for gestante.
4. Convocam-se os pacientes tendo sido pactuadas formas do serviço entrar em contato.
5. Não se aplica, pois o serviço só realiza teste rápido.
6. Não se aplica, pois o serviço não realiza teste de HIV.

A16 O aconselhamento pós-teste para HIV é realizado, predominantemente, da seguinte forma:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Para pacientes com resultado do teste positivo ou negativo.
2. Somente para os pacientes com resultado positivo.
3. O paciente recebe orientações básicas, mas o aconselhamento pós-teste (revelação diagnóstica) não é realizado neste serviço.
4. Não se aplica, pois o serviço não oferece o teste.

A17 De rotina, os pacientes com diagnóstico de HIV/aids que procuram atendimento pela primeira vez neste serviço são:
ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Atendidos no mesmo dia por profissional não médico de nível universitário e agendados para consulta médica.
2. Atendidos no mesmo dia por profissional de nível médio (auxiliar/técnico) da área de enfermagem e, se necessário, por consulta médica.
3. Atendidos no mesmo dia por profissional não médico de nível universitário e, se necessário, por consulta médica.
4. Atendidos no mesmo dia por profissional não médico de nível universitário e por consulta médica.
5. Atendidos em consulta médica no mesmo dia.
6. Agendados para outro dia para atendimento com profissional não médico de nível universitário.
7. Agendados para consulta médica em outro dia.
8. Orientados a retornar nos dias seguintes para tentar vaga em consulta médica.
9. Outros.

A18 Em relação à prevenção pós exposição sexual (PEP) do HIV, este serviço:
ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não se aplica pois o serviço atende apenas pessoas HIV positivas.
2. Encaminha todas as demandas de PEP para o serviço de urgência do município.
3. Avalia imediatamente todos os casos e, quando indicado, prescreve medicação, orienta e faz acompanhamento.

A19 No primeiro atendimento do paciente com HIV/aids no serviço, são realizados:
ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Avaliação de gravidade clínica e solicitação de exames.
2. Investigação sobre o uso anterior de antirretroviral.
3. Orientação sobre benefícios do início precoce da terapia antirretroviral.
4. Investigação sobre categoria de exposição.
5. Oferta de preservativos e gel.
6. Orientação sobre formas de transmissão e métodos/práticas de prevenção.
7. Investigação e orientação sobre parceria sexual.
8. Investigação sobre o tempo de diagnóstico.
9. Discussão sobre o significado do diagnóstico e repercussões para a vida cotidiana.
10. Identificação de condições de vulnerabilidade social e individual.
11. Procedimentos e condutas para viabilizar que o serviço entre em contato com o usuário, quando houver necessidade.
12. Identificação de sintomáticos respiratórios.
13. Identificação do paciente pelo nome social.
14. Outros.

A20 Quando a triagem (ou equivalente) define que o paciente com HIV/aids não será matriculado para fazer seu acompanhamento clínico neste serviço, ou o próprio paciente assim o desejar: ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. O paciente é encaminhado verbalmente para outro serviço quando necessário.
2. O paciente é encaminhado com guia/carta para outro serviço quando necessário.
3. O paciente é encaminhado com guia/carta para outro serviço após contato quando necessário.
4. O paciente é encaminhado com guia/carta para outro serviço após contato e agendamento quando necessário.

A21 Qual o intervalo médio de tempo entre o primeiro atendimento neste serviço e a primeira consulta médica de HIV/aids, excluindo os casos graves? ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. O primeiro atendimento sempre inclui a primeira consulta médica.
2. Menos de 1 semana.
3. De 7 a 30 dias.
4. De 1 a 2 meses.
5. De 2 a 4 meses.
6. Mais de 4 meses.

A22 No atendimento de enfermagem antes do atendimento médico de pacientes com HIV/aids, são realizados: ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Aferição de peso e/ou pressão arterial.
2. Verificação de queixas agudas e definição de prioridades de atendimento.
3. Fornecimento de preservativos.
4. Reforço das orientações sobre o uso correto do preservativo.
5. Verificação da adesão ao tratamento antirretroviral.
6. Investigação de efeitos adversos ao tratamento antirretroviral.
7. Identificação de sintomático respiratório e encaminhamento ou solicitação de coleta de escarro.
8. Identificação de necessidades e realização de encaminhamentos adequados.
9. Outros.
10. Não se aplica, pois a pré-consulta não é realizada.

A23 As consultas médicas para pacientes com HIV/aids são agendadas: ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Com hora marcada para cada paciente.
2. Por grupos de pacientes por hora (por bloco).
3. Por grupos de pacientes no início de cada turno.
4. Para cada médico existe uma rotina.
5. As consultas não são agendadas antecipadamente.

A24 As consultas de retorno para pacientes com HIV/aids são rotineiramente agendadas para o mesmo profissional?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Sim, sempre para o mesmo profissional (seja ele médico, dentista, enfermeiro, psicólogo, assistente social, farmacêutico, nutricionista, entre outros).
2. Sim, sempre para médicos e eventualmente para os outros profissionais de nível superior.
3. Não, os pacientes são agendados para o profissional de nível superior que possui agenda disponível.
4. Não, os retornos não são agendados. O paciente é orientado a retornar em período estabelecido pelo profissional ou de acordo com a rotina do serviço.
5. Outros.

A25 Qual a forma predominante de acesso dos pacientes com HIV/aids ao atendimento odontológico (independente de o consultório odontológico estar neste serviço ou na referência)?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. São encaminhados para agendar consulta conforme sua demanda.
2. São periodicamente encaminhados para agendar consultas, mesmo na ausência de queixas.
3. São encaminhados para atendimento apenas na vigência de queixas.
4. Não há atendimento odontológico neste serviço, nem referência estabelecida.

A26 Qual a forma predominante de acesso das pacientes com HIV/aids ao atendimento médico ginecológico (independentemente de o ginecologista estar neste serviço ou na referência)?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. São encaminhadas para agendar consulta conforme demanda da usuária.
2. São periodicamente encaminhadas para agendar consulta mesmo na ausência de queixas.
3. São encaminhadas para atendimento apenas na vigência de queixas agudas.
4. Não há atendimento ginecológico neste serviço, nem referência estabelecida.

A27 Qual é o tempo médio de duração da consulta do infectologista e/ou do clínico para atendimento a casos novos de pacientes com HIV/aids?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. 10 minutos
2. 15 minutos
3. 20 minutos
4. 30 minutos
5. 45 minutos ou mais

A28 Qual é o tempo médio de duração da consulta do infectologista e/ou do clínico para atendimento de retorno de pacientes com HIV/aids?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. 10 minutos
2. 15 minutos
3. 20 minutos
4. 30 minutos
5. 45 minutos ou mais

A29 Durante a consulta médica de pacientes com HIV/aids, além dos procedimentos técnicos de rotina, o médico:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Investiga as dificuldades no uso de antirretrovirais.
2. Orienta o uso de preservativos.
3. Investiga relações afetivas e orienta práticas sexuais seguras.
4. Aborda questões relativas às sexualidades.
5. Investiga as causas do abandono ou de frequentes faltas no retorno dos pacientes faltosos ou que abandonaram o serviço.
6. Investiga o desejo de ter filhos e orienta sobre concepção/contracepção.
7. Orienta sobre o uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos.
8. Investiga expectativas, aspectos psicossociais e a rede de apoio social.
9. Quando necessário, discute o caso com profissionais de outras categorias.
10. Realiza abordagem sindrômica nos casos de DST.
11. Avalia sinais de lipodistrofia e realiza encaminhamento para preenchimento facial e/ou cirurgia plástica.

A30 Qual é o intervalo de rotina para o retorno em consulta médica de pacientes com HIV/aids ou com profissional de nível superior no início ou na troca de terapia antirretroviral?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. 7 dias
2. 15 dias
3. 30 dias
4. 60 dias
5. Não existe uma rotina diferenciada no início ou na troca de terapia antirretroviral.

A31 A adesão ao tratamento antirretroviral de um paciente com HIV/aids é avaliada predominantemente por meio de:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Questionamento sobre o uso correto dos antirretrovirais.
2. Checagem de rotina em todos os atendimentos (consulta médica/enfermeiro e atendimentos de outros profissionais) sobre dificuldades do dia a dia em tomar a medicação.
3. Contagem dos medicamentos que sobraram.
4. Acompanhamento das oscilações nos exames de CD4+ e carga viral HIV.
5. Monitoramento da retirada de medicamentos por meio do SICLÔM, planilhas ou outras formas de controle da farmácia.
6. Outros.

G32 A taxa de adesão ao tratamento antirretroviral do conjunto dos pacientes com HIV/aids

deste serviço é avaliada por meio de:
ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Porcentagem de pacientes com retirada de antirretrovirais correta.
2. Porcentagem de pacientes com carga viral indetectável.
3. Porcentagem de pacientes que relatam adequada adesão em instrumentos anônimos de autorrelato (eletrônicos ou impressos) de medida de adesão.
4. Porcentagem de faltas em consultas agendadas de pacientes em seguimento.
5. A adesão de cada paciente é monitorada nos atendimentos. Não há avaliação para o conjunto de pacientes do serviço.

A33 Quando um paciente com HIV/aids apresenta dificuldades no tratamento antirretroviral:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. O retorno é realizado em intervalos menores.
2. O paciente é encaminhado para grupos de adesão.
3. O paciente é encaminhado para consulta e orientação individual com enfermeiro.
4. O paciente é encaminhado para consulta e orientação individual com psicólogo ou assistente social ou farmacêutico.
5. Há reforço da importância da adesão nas consultas médicas.

6. Há reforço da importância da adesão na dispensação dos antirretrovirais.
7. O paciente é encaminhado para tratamento diretamente observado ou supervisionado.
8. São oferecidos porta-pilulas e/ou tabelas e mapas de dose.
9. Há dispensação fracionada dos antirretrovirais (semanal ou outras).
10. Avalia-se a necessidade e a possibilidade de mudança de esquema terapêutico.
11. Outros.

A34 Qual é o mecanismo utilizado pelo serviço no caso do paciente com HIV/aids ficar sem medicamentos antirretrovirais por razões imprevistas?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. É agendada consulta médica de acordo com a disponibilidade de vaga na agenda.
2. É realizado encaixe na agenda médica para atendimento na mesma semana.
3. É realizada consulta médica no mesmo dia, independente de disponibilidade de vaga na agenda (consulta extra ou encaixe).
4. São fornecidos antirretrovirais com base na prescrição anterior em quantidade suficiente até a próxima consulta médica agendada.
5. O paciente passa por consulta de enfermagem ou farmacêutica e, após orientações, retira os medicamentos prescritos.

A35 O atendimento de enfermagem ao paciente com HIV/aids após o atendimento médico é realizado com a finalidade de:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Agendar retorno e exames.
2. Orientar o uso de medicamentos.
3. Orientar o uso de preservativos.
4. Realizar encaminhamentos necessários (para outros serviços, outros profissionais etc.).
5. Orientar encaminhamentos para benefícios sociais.
6. Orientar sobre direitos civis.
7. Propiciar escuta qualificada às necessidades do paciente, identificar dificuldades e estratégias de superação.
8. Orientar sobre hábitos saudáveis para manutenção da qualidade de vida (alimentação, prática de atividades físicas, redução de danos, sexo mais seguro).
9. Outros.
10. Não se aplica, pois a pós-consulta não é realizada.

A36 Em relação ao desejo de ter filhos por parte das pessoas que vivem com HIV (homens e mulheres), os profissionais deste serviço:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não recomendam a concepção devido aos riscos de transmissão sexual e/ou de transmissão vertical, e para a saúde da mulher soropositiva.
2. Orientam sobre os riscos, discutem o melhor momento para a concepção e as estratégias de redução de risco para o planejamento da reprodução.

A37 Quando o paciente com HIV/aids falta ao atendimento agendado, este serviço:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Aguarda retorno espontâneo em todos os casos.
2. Entra em contato com casos específicos (exames alterados, uso de ARV, maior gravidade clínica, tuberculose, gestante e abandono).
3. Entra em contato com todos os faltosos.

G38 Para os pacientes com HIV/aids em uso de antirretroviral, qual critério de abandono é predominantemente utilizado por este serviço?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não retirada dos ARV a partir de 3 meses da data prevista.
2. Não retorno às consultas em 6 meses.
3. Duas ou mais faltas consecutivas na consulta médica (independente do intervalo entre as consultas).
4. Não retirada dos ARV a partir de 3 meses da data prevista e não retorno às consultas em 6 meses, com ou sem outros critérios.
5. Após convocação sem comparecimento.
6. Outros.
7. Não há critério de abandono definido.

A39 De que maneira este serviço soluciona o atendimento médico de pacientes com HIV/aids "extras" ou não agendados?
ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Há reserva de vagas na agenda dos médicos.
2. Os médicos do ambulatório fazem escala para atendimento desses pacientes.
3. Os pacientes são atendidos na dependência de vaga nas agendas médicas.
4. Este serviço dispõe de médico(s) específico(s) para pronto atendimento a pacientes HIV/aids.
5. Os pacientes são encaminhados para atendimento em pronto-socorro.
6. Os pacientes são sempre atendidos pelo médico, independentemente da existência de vagas na agenda.
7. Os pacientes são sempre atendidos por profissionais de nível superior não médicos que fazem avaliação de risco e, se necessário, encaminham para atendimento em outro serviço.
8. Outros.

D40 Qual é a demanda mais frequente para o atendimento médico de pacientes "extras" ou não agendados?
ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Intercorrências clínicas.
2. Término da medicação.
3. Falta à última consulta agendada.
4. Abandono de tratamento.

5. Resposta à convocação.
6. Fornecimento de atestado para benefícios sociais.
7. Não há relatório com essas informações. Os motivos são anotados exclusivamente pelos médicos nos prontuários.
8. Este serviço não trabalha com agendamento prévio.
9. Este serviço atende apenas pacientes agendados.

A41 Quais atividades são realizadas rotineiramente no atendimento do paciente com HIV/aids em acompanhamento que comparece ao serviço fora do dia agendado (paciente extra)?
ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Avaliação de queixas clínicas.
2. Fornecimento de receita de antirretroviral e outras medicações, quando necessário.
3. Avaliação e reorientação do uso de antirretroviral e de outras medicações.
4. Solicitação de exames, quando necessário.
5. Verificação da ocorrência e do motivo de faltas anteriores.
6. Orientação sobre retorno para o atendimento de rotina.
7. Identificação das dificuldades em comparecer aos atendimentos agendados.
8. Fornecimento de atestado para benefício social.
9. Identificação e encaminhamento dos casos de depressão e uso abusivo de álcool e de outras drogas.
10. Não há recursos para realização de atendimento "extra".
11. Outros.

A42 Quais atividades são realizadas com pacientes com HIV/aids pelo auxiliar/técnico de enfermagem?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Orientação para coleta de exames, agendamento de exames e consultas, orientação sobre encaminhamentos para especialistas e verificação de sinais vitais.
2. Verificação de queixas agudas.
3. Orientação sobre o uso de preservativos.
4. Orientação sobre a medicação.
5. Discussão sobre as dificuldades de adesão.
6. Participação em grupos de adesão.
7. Participação na discussão de casos com a equipe multidisciplinar.
8. Orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas.
9. Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca.
10. Outros.
11. Este serviço não dispõe desse profissional.

A43 Quais atividades são realizadas com pacientes com HIV/aids pelo enfermeiro?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Notificação epidemiológica e supervisão de equipe de enfermagem.
2. Avaliação de risco de pacientes "extras" ou não agendados.
3. Abordagem sindrômica para infecções sexualmente transmissíveis (IST).
4. Consulta de enfermagem.
5. Participação em grupos de adesão.
6. Consulta individual específica para promoção da adesão.
7. Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca.
8. Visita domiciliar.
9. Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular.
10. Orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas na perspectiva da redução de danos.
11. Orientação sobre saúde sexual e reprodutiva.
12. Atendimento e avaliação de risco para profilaxia pós exposição sexual (PEP)
13. Atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social.
14. Outros.
15. Este serviço não dispõe desse profissional.

A44 Quais atividades com pacientes com HIV/ aids são realizadas pelo psicólogo?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Psicoterapia individual e/ou em grupo.
2. Suporte psicológico para a equipe técnica deste serviço.
3. Consulta conjunta com médico e/ou serviço social.
4. Participação em grupos de adesão.
5. Consulta individual específica para promoção da adesão.
6. Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca.
7. Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular.
8. Orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas na perspectiva da redução de danos.
9. Orientação sobre saúde sexual e reprodutiva.
10. Atendimento e avaliação de risco para profilaxia pós exposição sexual (PEP).
11. Atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social.
12. Outros.
13. Este serviço não dispõe desse profissional.

A45 Quais atividades são realizadas com pacientes com HIV/aids pelo assistente social?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Discussão e apoio sobre as questões sociofamiliares, orientação sobre direitos civis, trabalhistas e previdenciários, avaliação e inclusão nos benefícios de assistência social (cesta básica, vale transporte etc.).
2. Atividades de reinserção social e/ou geração de renda.
3. Consulta conjunta com médico e/ou psicólogo.
4. Visita domiciliar.
5. Participação em grupos de adesão.
6. Consulta individual específica para promoção da adesão.
7. Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca.
8. Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular.
9. Orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas na perspectiva da redução de danos.
10. Orientação sobre saúde sexual e reprodutiva.
11. Atendimento e avaliação de risco para profilaxia pós exposição sexual (PEP).
12. Atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social.
13. Outros.
14. Este serviço não dispõe desse profissional.

A46 Quais atividades são realizadas com pacientes com HIV/aids pelo farmacêutico?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Controle do suprimento, dispensação dos medicamentos, treinamento e supervisão dos profissionais que trabalham na farmácia.
2. Orientação da equipe médica sobre interações e efeitos adversos de ARV e outros medicamentos.
3. Consulta individual com pacientes sobre o uso da medicação.
4. Análise dos casos de faltosos
5. Farmacovigilância.
6. Participação em grupos de adesão.
7. Consulta individual específica para adesão
8. Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular.
9. Outros.
10. Este serviço não dispõe desse profissional

A47 Quais atividades são realizadas pelo médico?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Consulta para casos novos e de seguimento, prescrição de ARV, solicitação de exames e encaminhamento para especialistas.
2. Consulta em conjunto com outros profissionais.
3. Visita domiciliar.

4. Participação em grupos de adesão.
5. Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca.
6. Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico.
7. Atendimento e avaliação de risco nos casos de violência sexual e exposição sexual.
8. Atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social.
9. Outros.

A48 Em relação à prevenção e tratamento da lipodistrofia e síndrome metabólica em pacientes em tratamento antirretroviral, este serviço:

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Orienta sistematicamente mudanças de estilo de vida relacionadas ao risco cardiovascular tais como atividades físicas, alimentação e cessação tabagismo.
2. Registra escore de risco cardiovascular anualmente.
3. Monitora sistematicamente alterações metabólicas.
4. Modifica, quando possível, o esquema antirretroviral.
5. Institui medicação para as alterações metabólicas.
6. Provê no próprio serviço ou em referência acordada preenchimento facial em até 90 dias.
7. Tem acordo estabelecido com serviços de referência para avaliação de procedimentos cirúrgicos.

G49 Este serviço realiza as seguintes atividades em parceria com os serviços de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde ou ESF).
ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Não se aplica, pois este é um serviço de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde ou ESF) que trata pacientes com HIV/aids estáveis.
2. Realização de busca de faltosos.
3. Capacitações e matriciamento para diagnóstico, aconselhamento e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e aids.
4. Apoio para pacientes com dificuldades de adesão ao tratamento antiretroviral.
5. Atendimento de intercorrências clínicas, demais condições crônicas e protocolos de prevenção (como Papanicolau) das pessoas vivendo com HIV nas unidades básicas.
6. Pré natal compartilhado das gestantes HIV+.
7. Tratamento supervisionado compartilhado de tuberculose.
8. Reuniões periódicas para discussão de casos clínicos e construção de projeto terapêutico singular.
9. Campanhas de prevenção (como o "Fique Sabendo").
10. Atividades de promoção e prevenção às DST/Aids.
11. Este serviço ainda não tem atividades em parceria com a atenção básica.

G50 Este serviço de atenção básica que acompanha e trata pacientes com HIV/aids estáveis realiza as seguintes atividades em parceria com os serviços especializados em HIV/aids

1. Não se aplica, pois este serviço é um ambulatório de assistência especializada que trata pessoas vivendo com HIV/aids.
2. Tratamento compartilhado de infecções sexualmente transmissíveis (IST) com complicações.
3. Pré natal compartilhado das gestantes HIV+.
4. Apoio diagnóstico e terapêutico para intercorrências clínicas relacionadas ao tratamento antiretroviral em pacientes HIV/aids.
5. Tratamento supervisionado compartilhado da coinfeção HIV/tuberculose.
6. Campanhas de prevenção (como o "Fique Sabendo").
7. Atividades de promoção e prevenção às DST/Aids.
8. Reuniões periódicas para discussão de casos clínicos e construção de projeto terapêutico singular.

R51 Em relação aos medicamentos antirretrovirais utilizados neste serviço nos últimos 6 meses, pode-se dizer que:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não houve falta de antirretrovirais nos últimos 6 meses.
2. Houve falta de alguns dos antirretrovirais utilizados, por um período máximo de 7 dias.
3. Houve falta de alguns dos antirretrovirais utilizados por um período de 8 a 15 dias.
4. Houve falta de alguns dos antirretrovirais utilizados, por um período de 16 a 30 dias.
5. Houve falta de alguns dos antirretrovirais utilizados por um período superior a 30 dias.
6. Este serviço não é uma Unidade Dispensadora de Medicamentos e não possui essa informação.

R52 Em relação aos medicamentos para distúrbios metabólicos* dos pacientes HIV utilizados neste serviço nos últimos 6 meses, pode-se dizer que:

*Medicamentos protocolados para distúrbios metabólicos: Metformina; Glicazida, Glibenclamida ou Glimepirida; Fibratos; Estatinas; Ezetimiba; Vitamina D; Alendronato; Cálcio.

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não houve falta de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses.
2. Não houve necessidade de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses em razão do perfil clínico-imunológico dos pacientes.
3. Houve falta de alguns destes medicamentos, porém, foi possível conseguir o(s) medicamento(s) necessário(s) em menos de 48 horas.

4. Houve falta de alguns destes medicamentos, porém a reposição ocorreu entre 3 a 5 dias.
5. Houve falta da maioria destes medicamentos, porém a reposição ocorreu entre 6 e 15 dias.
6. Houve falta constante da maioria destes medicamentos nos últimos 6 meses.

R53 Em relação aos medicamentos para profilaxia primária de infecções oportunistas - não micobacterianas* em pacientes de HIV/aids com CD4<200 células, utilizados neste serviço nos últimos 6 meses, pode-se dizer que:

*Medicamentos protocolados para profilaxia primária de infecções oportunistas - não micobacterianas: Sulfametoxazol-Trimetropin; Azitromicina; Ácido folínico; Claritromicina; Dapsona; Pirimetamina; Sulfadiazina.

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não houve falta de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses.
2. Não houve necessidade de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses em razão do perfil clínico-imunológico dos pacientes.
3. Houve falta de alguns destes medicamentos por período máximo de 7 dias.
4. Houve falta de alguns destes medicamentos por um período de 8 a 15 dias.
5. Houve falta de alguns destes medicamentos por um período de 16 a 30 dias.
6. Houve falta constante da maioria destes medicamentos nos últimos 6 meses.

R54 Em relação aos medicamentos para profilaxia secundária de infecções oportunistas - não micobacterianas* (consolidação de tratamento de doenças oportunistas) utilizados neste serviço nos últimos 6 meses, pode-se dizer que:

*Medicamentos protocolados para profilaxia secundária de infecções oportunistas - não micobacterianas: Itraconazol; Fluconazol; Clindamicina; Sulfametoxazol-Trimetopim; Azitromicina; Ácido fólico; Claritromicina; Dapsona; Primetamina; Sulfadiazina.

NÃO CONSIDERE os medicamentos Foscanet e Ganciclovir

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não houve falta de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses.
2. Não houve necessidade de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses em razão do perfil clínico-imunológico dos pacientes.
3. Houve falta de alguns destes medicamentos, mas foi possível conseguir o medicamento necessário em menos de 48 horas.
4. Houve falta de alguns destes medicamentos, mas foi possível conseguir o medicamento necessário em até 4 dias.
5. Houve falta de alguns destes medicamentos por períodos entre 5 e 15 dias.
6. Houve falta constante da maioria destes medicamentos nos últimos 6 meses.

R55 Em relação aos medicamentos para micobactérias* utilizados neste serviço nos últimos 6 meses, pode-se dizer que:

*Medicamentos protocolados para tuberculose e micobacterioses: Associação de Rifampicina+Isoniazida+Pirazinamida+Etambutol; Associação de Rifampicina+Isoniazida; Rifampicina; Isoniazida; Rifabutina; Pirazinamida; Etambutol; Claritromicina; Azitromicina.

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não houve falta de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses.
2. Não houve necessidade de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses em razão do perfil clínico-imunológico dos pacientes.
3. Houve falta de alguns destes medicamentos, porém, foi possível conseguir o medicamento necessário em até 7 dias .
4. Houve falta de alguns destes medicamentos para as quais a reposição se deu entre 8 e 15 dias.
5. Houve falta da maioria destes medicamentos para as quais a reposição se deu em mais de 15 dias.
6. Houve falta constante da maioria destes medicamentos nos últimos 6 meses.

R56 Em relação aos medicamentos para infecções sexualmente transmissíveis* utilizados neste serviço nos últimos 6 meses, pode-se dizer que:

*Medicamentos protocolados para infecções sexualmente transmissíveis: Metronidazol (comprimido ou gel); Clindamicina; Miconazol ou Nistatina creme; Fluconazol ou Itraconazol; Azitromicina; Ciprofloxacino; Ceftriaxone; Amoxicilina; Aciclovir; Doxicilina; Penicilina Benzatina.

NÃO CONSIDERE os medicamentos Podofina e ATA

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não houve falta de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses.
2. Houve faltas de alguns destes medicamentos, porém, foi possível obtê-los em até 7 dias.
3. Houve faltas de alguns destes medicamentos, porém, sua reposição se deu entre 8 e 15 dias.
4. Houve faltas da maioria destes medicamentos, porém, sua reposição se deu em mais de 15 dias.
5. Houve falta constante da maioria destes medicamentos nos últimos 6 meses.

R57 Em relação aos medicamentos para tratamento da Hepatite C* e da Hepatite B** (para pacientes mono infectados ou co infectados) utilizados neste serviço nos últimos 6 meses, pode-se dizer que:

*Medicamentos protocolados para tratamento da Hepatite C: Sofosbuvir; Daclatasvir; Simeprevir; Ribavirina

**Medicamentos protocolados para tratamento da Hepatite B: Tenofovir; Entecavir; Adefovir; Lamivudina

NÃO CONSIDERE o medicamento Interferon peguillado

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não houve falta de nenhum destes medicamentos para pacientes que iniciaram o tratamento neste serviço.
2. Não houve necessidade clínica de nenhum destes medicamentos nos últimos 6 meses.
3. Houve falta de alguns destes medicamentos, porém, a reposição ocorreu em menos de 48 horas.
4. Houve falta de alguns destes medicamentos, porém a reposição se deu entre 2 e 15 dias.
5. Houve interrupções constantes da dispensação destes medicamentos para pacientes que iniciaram o tratamento neste serviço.
6. Este serviço não trata pacientes com Hepatite C ou B; estes pacientes são encaminhados para outros serviços.
7. O serviço prescreve essa medicação mas não é uma Unidade Dispensadora de Medicamentos, e não tem informação sobre a falta de medicamentos.

R58 Classifique os insumos abaixo com relação à disponibilidade nos últimos 6 meses:

MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA POR INSUMO

INSUMO	A)	B)	C)	FALTOU		
	Não utilizado nos últimos 6 meses	Não disponível nos últimos 6 meses	Não faltou nos últimos 6 meses	D) Até 7 dias	E) 8 a 15 dias	F) Mais de 16 dias
1. Gel lubrificante	[]	[]	[]	[]	[]	[]
2. Preservativo masculino	[]	[]	[]	[]	[]	[]
3. Preservativo feminino	[]	[]	[]	[]	[]	[]
4. Equipamento para uso de drogas	[]	[]	[]	[]	[]	[]
5. Teste Rápido para HIV	[]	[]	[]	[]	[]	[]
6. Teste Rápido para Sífilis	[]	[]	[]	[]	[]	[]
7. Teste Rápido para Hepatite B	[]	[]	[]	[]	[]	[]
8. Teste Rápido para Hepatite C	[]	[]	[]	[]	[]	[]

i **NÃO UTILIZADO:** Nos últimos 6 meses, não houve necessidade de suprimento desses insumos.ii **NÃO DISPONÍVEL:** Houve demanda nos últimos 6 meses para a utilização deste insumo no serviço, entretanto não houve suprimento para este insumo.**A59** No caso de pacientes com HIV/aids e coinfeção por tuberculose sensível:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. São tratados no próprio serviço, pelo mesmo médico.
2. São tratados no próprio serviço, por médicos diferentes (um para Aids e outro para tuberculose).
3. São tratados da aids neste serviço e encaminhados para tratar a tuberculose em outro serviço.
4. São encaminhados para tratar a tuberculose e a aids em outro serviço.

G60 Quando o paciente com HIV/aids precisa de um especialista, exame ou outro atendimento que não é oferecido neste serviço, de que forma ocorre o encaminhamento para os serviços da rede?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. O paciente é encaminhado verbalmente para outro serviço.
2. O paciente é encaminhado com guia/ carta para outro serviço.
3. O paciente é encaminhado com guia/ carta para outro serviço após contato.
4. O paciente é encaminhado com guia/carta para outro serviço após agendamento.

R65 Caracterize o acesso e o tempo médio de espera para atendimentos nas seguintes especialidades:

MARQUE UMA ALTERNATIVA POR LINHA

CONSIDERE A DISPONIBILIDADE INDEPENDENTEMENTE DA ESPECIALIDADE SE ENCONTRAR DENTRO OU FORA DESTA SERVIÇO

ESPECIALIDADES	A)	Disponível com tempo médio de espera para acesso de:					
	Não disponível	B) Até 7 dias	C) de 7 a 15 dias	D) de 16 a 30 dias	E) de 31 a 45 dias	F) de 46 a 60 dias	G) Mais de 60 dias
1. Ginecologista	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
2. Obstetra	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
3. Psicólogo	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
4. Assistente social	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
5. Dentista	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
6. Dermatologista	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
7. Urologista	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
8. Psiquiatra	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
9. Endocrinologista	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
10. Neurologista	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
11. Proctologista	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
12. Cardiologista	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
13. Oftalmologista	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
14. Cirurgião geral	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
15. Nefrologista	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
16. Hematologista	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
17. Ortopedista	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

G82 Como se dá a integração deste serviço com outras instituições não diretamente vinculadas à saúde (setor judiciário, secretaria de educação, de serviço social, igrejas, entidades filantrópicas, etc.) ou com organizações da sociedade civil?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Ainda não há integração com instituições não diretamente ligadas à saúde ou organizações da sociedade civil.
2. Ocasionalmente há integração com instituições não diretamente ligadas à saúde e com organizações da sociedade civil.
3. Rotineiramente há integração com instituições não diretamente ligadas à saúde e com organizações da sociedade civil.
4. Ocasionalmente há integração com instituições não diretamente ligadas à saúde ou e rotineiramente com organizações da sociedade civil.
5. Rotineiramente há integração com instituições não diretamente ligadas à saúde e ocasionalmente com organizações da sociedade civil.

R66 O acondicionamento dos resíduos ou lixo contaminados é realizado:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Por profissionais de nível médio deste serviço ou terceirizados capacitados para esse fim.
2. Por profissionais de nível médio deste serviço ou terceirizados, não capacitados até o momento.
3. Por profissionais de nível médio deste serviço ou terceirizados, capacitados e com supervisão do enfermeiro ou de outro profissional de nível superior.
4. Por profissionais de nível médio deste serviço ou terceirizados, não capacitados até o momento, com supervisão do enfermeiro ou de outro profissional de nível superior.
5. Outros.

G67 No último ano, quais profissionais que atendem pacientes com HIV/aids participaram de capacitação no serviço ou em outros locais?

ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Médicos.
2. Enfermeiros.
3. Assistentes sociais.
4. Psicólogos.
5. Nutricionistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos e fonoaudiólogos.
6. Dentistas.
7. Farmacêuticos.
8. Auxiliares/técnicos (de enfermagem, saúde bucal, farmácia.)
9. Pessoal administrativo e/ou auxiliares de serviços gerais (limpeza).

10. Outros.

11. No último ano, nenhum profissional participou de capacitação.

G68 Em relação à disponibilidade e organização do material técnico de apoio aos profissionais que atendem pacientes com HIV/aids nas atividades cotidianas:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. O material é frequentemente atualizado (manuais, consensos e similares), está disponível para ser consultado pela equipe e, quando necessário, são realizadas reuniões para sua apresentação e discussão.
2. O material é frequentemente atualizado (manuais, consensos e similares) e está disponível para ser consultado pela equipe.
3. O material (manuais, consensos e similares) está disponível para ser consultado pela equipe, entretanto há dificuldade para mantê-lo atualizado.
4. O material não está disponível para consulta.

G69 Este serviço promove reuniões para discussão de casos e condutas clínicas relacionadas aos pacientes com HIV/aids?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Sim, semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, com participação de profissionais da mesma categoria.
2. Sim, semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, com participação de toda a equipe multiprofissional.
3. Sim, apenas quando há necessidade.
4. Este serviço não tem promovido este tipo de reunião.

G70 As ações e atividades de coordenação técnica da equipe que atende os pacientes com HIV/aids (coordenação da assistência ambulatorial, condução das reuniões de equipe, supervisão, monitoramento e avaliação do trabalho) são realizadas:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Pelo mesmo profissional que realiza as funções de coordenação técnica e administrativa da equipe (controle de faltas, férias, alocação e contratação de pessoal).
2. Por um coordenador ou chefia técnica da equipe de assistência ambulatorial (mesmo que não formalizado).
3. Por um profissional que realiza as funções de coordenação técnica da assistência e de atividades do Programa Municipal de DST/Aids.
4. Por um profissional especificamente designado para essa função, sem outras atividades na equipe ou no Programa Municipal de DST/Aids.
5. Esta equipe não possui um profissional responsável pela coordenação técnica da assistência ambulatorial aos pacientes com HIV/aids (mesmo que informalmente).

G71 As atividades desenvolvidas neste serviço pelo responsável pela coordenação técnica da equipe que atende os pacientes com HIV/aids (coordenação da assistência ambulatorial, condução das reuniões de equipe, supervisão, monitoramento e avaliação do trabalho) são :

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Exclusivamente gerenciais.
2. A maior parte gerencial e uma pequena parte assistencial.
3. Uma grande parte assistencial e pequena parte gerencial.

4. Gerência e assistência são realizadas na mesma proporção.
5. Outras:
6. Não se aplica, pois não há responsável pela coordenação técnica da equipe.

G72 Este serviço promove reuniões para discussão e organização do trabalho da assistência aos pacientes com HIV/aids?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Sim, semanal, quinzenal ou mensalmente, com participação de profissionais da mesma categoria.
2. Sim, semanal, quinzenal ou mensalmente, com participação da equipe multiprofissional.
3. Sim, semanal, quinzenal ou mensalmente, com participação da equipe multiprofissional, pacientes, organizações da sociedade civil (ONGs) e/ou conselho gestor.
4. Sim, apenas quando há necessidade.
5. Este serviço não tem promovido este tipo de reunião.

G73 Este serviço conta com quais atividades de apoio para os profissionais que atendem os pacientes com HIV/aids?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Grupos de apoio e/ou grupos terapêuticos e/ou atendimento individual terapêutico.
2. Atividades de lazer e integração (coral, festas, caminhadas, café da manhã, dança etc.) e/ou atividades de relaxamento (yoga, shiatsu, tai chi chuan, massagens etc.).
3. Não existem essas atividades.

G78 A avaliação das atividades de atenção à assistência em HIV/aids é:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Realizada periodicamente para reprogramação das atividades.
2. Realizada esporadicamente, quando necessária.
3. Realizada anualmente para prestação de contas.
4. Realizada por iniciativa da coordenação estadual ou nacional do programa.
5. Não é realizada de forma sistemática.

G79 As avaliações da atenção à assistência em HIV/aids realizadas no último ano neste serviço basearam-se predominantemente em:

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Dados do serviço (produção ambulatorial, relatórios de atividades etc.).
2. Dados epidemiológicos (levantamento do perfil da demanda, boletins, SINAN, SIM etc.).
3. Dados dos pacientes (discussão com grupos de pacientes, pesquisa de satisfação e/ou ouvidoria, caixinha de sugestões etc.).
4. Dados de profissionais (discussão com grupos de profissionais, reuniões, levantamento de prontuários etc.).
5. Dados epidemiológicos, do serviço, dos pacientes e de profissionais.
6. Não foram realizadas avaliações.

G80 Qual é a forma predominante de encaminhamento das reclamações dos pacientes?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Não há forma organizada de encaminhamento das reclamações dos pacientes.
2. Caixa ou livro de sugestões e reclamações.
3. Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões.
4. Sistema de ouvidoria do próprio serviço.
5. Sistema de ouvidoria da secretaria.
6. Diretamente junto à direção local deste serviço com fluxo de atendimento específico e resposta ao paciente.
7. Diretamente junto ao conselho gestor deste serviço.
8. Outros.

G81 Como se dá a participação organizada dos pacientes no encaminhamento de soluções de problemas?

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA

1. Mediante organizações da sociedade civil (ONG, coletivos, movimentos, etc.).
2. Mediante conselho gestor ou similar.
3. Ainda não há participação organizada dos pacientes neste serviço.

D76 Que tipo de dificuldades gerenciais este serviço enfrentou para a atenção em HIV/aids nos últimos 6 meses?
ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Acesso a exames de imagem.
2. Acesso a exames de laboratório em geral.
3. Acesso a exames de CD4/Carga Viral.
4. Acesso a exame de genotipagem.
5. Acesso à realização de biópsia.
6. Medicação antirretroviral.
7. Medicação contra infecções oportunistas.
8. Encaminhamento para especialidades.
9. Encaminhamento para preenchimento facial.
10. Encaminhamento para cirurgia plástica.
11. Encaminhamento para serviços de reprodução assistida.
12. Encaminhamento para serviços de saúde mental.
13. Articulação com os serviços de Atenção Básica.
14. Articulação com a secretaria de assistência penitenciária (SAP).
15. Articulação com o CRAS e CREAS (Sistema Único de assistência social - SUAS)
16. Vagas para internação.
17. Vagas em hospital dia.
18. Vagas em maternidade.
19. Vaga para assistência domiciliar terapêutica.

20. Contratação de recursos humanos de nível superior.

21. Contratação de recursos humanos de nível médio (auxiliar/técnico).

22. Aquisição de material de consumo.

23. Aquisição de material permanente.

G77 Diante das dificuldades gerenciais na atenção em HIV/aids, quais as ações são realizadas??
ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

1. Encaminhamento dos problemas para a direção local.
2. Reuniões da equipe de saúde e direção local para discussão e encaminhamento dos problemas.
3. Comunicação e articulação com o movimento social organizado (fórum de ONGs, Conselho Municipal de Aids, Conselho Municipal de Saúde).
4. Contato com outros serviços ou instâncias gerenciais para remanejamento de insumos e/ou acesso aos serviços necessários.
5. Reunião com pacientes para encaminhamento de soluções conjuntas.
6. Notificação à Coordenação Municipal de DST/Aids.
7. Notificação à Coordenação Estadual de DST/Aids.
8. Notificação ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
9. Notificação à Secretaria de Saúde.
10. Aguarda providências de outras instâncias gerenciais.
11. Outras.

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA UNISINOS



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UNPPG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão agosto/2013

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 068/2016

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 16/074 **Versão do Projeto:** 14/06/2016 **Versão do TCLE:** 14/06/2016

Coordenadora:

Mestranda Marina Gabriela Prado Silvestre (PPG em Saúde Coletiva)

Título: Avaliação dos serviços especializados em HIV/AIDS do Estado do Rio Grande do Sul.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 14 de junho de 2016.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação dos Serviços Especializados em HIV/Aids do estado do Rio Grande do Sul

Pesquisador: MARINA GABRIELA PRADO SILVESTRE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56621116.2.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.618.093

Apresentação do Projeto:

Projeto aprovado em 14 de junho de 2016, Resolução 068/2016. Motivo da emenda - inserir coparticipante.

Objetivo da Pesquisa:

Projeto aprovado em 14 de junho de 2016, Resolução 068/2016. Motivo da emenda - inserir coparticipante.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto aprovado em 14 de junho de 2016, Resolução 068/2016. Motivo da emenda - inserir coparticipante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto aprovado em 14 de junho de 2016, Resolução 068/2016. Motivo da emenda - inserir coparticipante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto aprovado em 14 de junho de 2016, Resolução 068/2016. Motivo da emenda - inserir coparticipante.

Recomendações:

Projeto aprovado em 14 de junho de 2016, Resolução 068/2016. Motivo da emenda - inserir

Endereço: Av. Unisinos, 950
Bairro: Cristo Rei CEP: 93.022-000
UF: RS Município: SAO LEOPOLDO
Telefone: (51)3591-1198 Fax: (51)3590-8118 E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 1.618.093

coparticipante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado em 14 de junho de 2016, Resolução 068/2016. Motivo da emenda - inserir coparticipante.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado em 14 de junho de 2016, Resolução 068/2016. Motivo da emenda - inserir coparticipante.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_748833 E1.pdf	01/07/2016 09:36:18		Acelto
Outros	poa_carta.pdf	28/06/2016 14:42:08	MARINA GABRIELA PRADO SILVESTRE	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	dissertacao.doc	30/05/2016 21:50:48	MARINA GABRIELA PRADO SILVESTRE	Acelto
Outros	QUALIAIDS.pdf	30/05/2016 21:49:46	MARINA GABRIELA PRADO SILVESTRE	Acelto
Outros	carta_aceite.pdf	30/05/2016 21:48:51	MARINA GABRIELA PRADO SILVESTRE	Acelto
Folha de Rosto	folha_rosto_CPE.pdf	30/05/2016 21:43:30	MARINA GABRIELA PRADO SILVESTRE	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LEOPOLDO, 01 de Julho de 2016

Assinado por:
José Roque Junges
(Coordenador)