

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

**LAURA OLINTO DOSSENA**

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE EM HIV/AIDS:**  
**A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS**

**SÃO LEOPOLDO**

**2011**

Laura Olinto Dossena

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE EM HIV/AIDS:  
A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS**

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito para a obtenção do título de **Mestre em Saúde Coletiva**

Orientador: Prof. Dr. Rogério Lessa Horta

Co-Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nêmora Tregnago Barcellos

São Leopoldo

2011

(Dados Internacionais de Catalogação na Fonte-CIP)

---

Dossena, Laura Olinto

Avaliação de serviço de saúde em HIV/AIDS: a perspectiva dos usuários / por Laura Olinto Dossena. - São Leopoldo, 2011.

101 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2011.

Orientador: Prof. Dr. Rogério Lessa Horta

Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nêmora Tregnago Barcellos

1. Saúde Coletiva. 2. Serviço de Saúde - avaliação. 3. HIV/AIDS. I. Horta, Rogério Lessa. II. Barcellos, Nêmora Tregnago. III. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614.2-052:578.828HIV

---

Bibliotecária Responsável: Débora Dornsbach Soares CRB-10/1700

Classificação CDU – edição-padrão internacional em língua portuguesa

Laura Olinto Dossena

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE EM HIV/AIDS:  
A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS**

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do  
Rio dos Sinos como requisito parcial para a  
obtenção do título de **Mestre em Saúde Coletiva**

Aprovado em 06 de dezembro de 2011

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Rogério Lessa Horta – UNISINOS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriam Thaís Guterres Dias – UFRGS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Suarez Grzybowski – UNISINOS



*Ao Pedro, João Pedro e Arthur,  
pelo apoio e abdicação de tempo juntos,*

*À minha mãe e meus irmãos,  
pelo suporte e incentivo,*

*Aos meus orientadores,  
pela forma que me conduziram,*

*Às minhas colegas Claudia, Cíntia, Roberta, Elisane  
e Clarice pelo auxílio na coleta dos dados,*

*Aos meus professores e todos aqueles que de alguma  
forma contribuíram para a conclusão desta jornada,*

*Meu agradecimento sincero!*



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>9</b>
---------------------------	----------

### **PROJETO DE PESQUISA**

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
---------------------------	-----------

<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
------------------------------------	-----------

2.1 AVALIAÇÃO .....	15
---------------------	----

2.2 INTEGRALIDADE.....	16
------------------------	----

2.3 HUMANIZAÇÃO .....	17
-----------------------	----

<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>19</b>
------------------------------	-----------

<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
--------------------------	-----------

4.1 OBJETIVO GERAL.....	20
-------------------------	----

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
---------------------------------	----

<b>5 PROBLEMA .....</b>	<b>21</b>
-------------------------	-----------

<b>6 MÉTODO .....</b>	<b>23</b>
-----------------------	-----------

<b>7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....</b>	<b>27</b>
-------------------------------------	-----------

<b>8 RECURSOS .....</b>	<b>29</b>
-------------------------	-----------

<b>9 CRONOGRAMA.....</b>	<b>31</b>
--------------------------	-----------

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>33</b>
--------------------------	-----------

<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>37</b>
---	-----------

### **RELATÓRIO**

<b>1 ANTECEDENTES DE PESQUISA .....</b>	<b>41</b>
---	-----------

<b>2 MÉTODO .....</b>	<b>43</b>
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	43
2.2 CAMPO DE ESTUDO .....	43
2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	57
2.4 TÉCNICA DE PESQUISA .....	58
<b>3 CONTEXTO DOS GRUPOS .....</b>	<b>61</b>
3.1 GRUPO FOCAL 1 .....	61
3.2 GRUPO FOCAL 2.....	64
3.3 GRUPO FOCAL 3 .....	68
<b>4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES .....</b>	<b>71</b>
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>75</b>

## **ARTIGO CIENTÍFICO**

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>2 MÉTODO .....</b>	<b>ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>

## **APRESENTAÇÃO**

Com vistas a atender as exigências normativas da Unidade Acadêmica, Diretoria de Pesquisa e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), a presente dissertação está distribuída da seguinte forma:

- a) Projeto de Pesquisa: apresentado e aprovado na defesa de qualificação do projeto de dissertação intitulado “AVALIAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE EM HIV/AIDS: A perspectiva dos usuários”;
- b) Relatório de Pesquisa: o qual descreve a experiência da pesquisadora durante a trajetória de execução do projeto de pesquisa;
- c) Artigo Científico: formatado conforme as instruções para autores dos Cadernos de Saúde Pública.

# **PROJETO DE PESQUISA**

## 1 INTRODUÇÃO

A estimativa do número de pessoas vivendo com HIV no mundo em 2008 foi de 33,4 milhões, conforme o relatório anual do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2009). A cada dia, mais de 6.800 pessoas são infectadas com o HIV e mais de 5700 pessoas morrem de AIDS, principalmente pela falta de acesso aos serviços de prevenção e tratamento. A pandemia do HIV, uma das mais graves doenças infecciosas, representa um desafio para a saúde pública mundial. Na América Latina, o mesmo relatório afirma que a epidemia permanece estável. Em 2007, o número estimado de novas infecções na região foi de 100 mil; e o de mortes, de 58 mil. Atualmente, estima-se que 1,6 milhões de pessoas vivam com AIDS na América Latina (UNAIDS, 2009).

No Brasil, desde a identificação do primeiro caso em 1980 até junho de 2008, já foram diagnosticados, aproximadamente, 506 mil casos da doença. O Rio Grande do Sul (RS) apresenta o terceiro lugar em número de casos acumulados (46.299 casos), no mesmo período e o 1º lugar em incidência por 100.000 habitantes (36,5/100.000 habitantes) (BRASIL, 2009).

De acordo com o Programa Nacional de HIV/AIDS do Ministério da Saúde, as políticas públicas de saúde para a promoção de mudanças capazes de se manterem estáveis nos diferentes níveis envolvidos, requer, entre outros, a diversificação e ampliação da oferta de serviços assistenciais e de insumos de prevenção (BRASIL, 2009).

A disponibilização desses serviços, por sua vez, implica na necessidade de se posicionar o indivíduo como protagonista no processo, objetivando o fortalecimento da sua colaboração com os cuidados à saúde e a inserção de formas de acolhimento dos serviços aos usuários, implicando, em sua maioria, numa ruptura com as formas de relação profissionais/usuários estabelecidas. As políticas públicas na área da promoção e prevenção dirigidas às DST/HIV/AIDS, no Brasil, tomam como paradigma uma abordagem da saúde que dá ênfase ao desenvolvimento sustentável, à melhoria da qualidade de vida das pessoas e ao direito de cidadania, participação e controle social (BRASIL, 2009).

O Programa Nacional está estruturado em serviços de diagnóstico e tratamento para HIV/AIDS em todos os estados brasileiros. São mais de 600 serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que prestam assistência ambulatorial às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) realizam os testes para HIV/AIDS, sífilis,

hepatites B e C. Também distribuem camisinhas, gel lubrificante e kits de redução de danos. São as portas de entrada para os serviços. Após o diagnóstico, o usuário é encaminhado ao Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) (BRASIL, 2009).

A atual política do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais tem buscado estimular a formação de gestores e gerentes em DST/AIDS em monitoramento e avaliação das ações, serviços e programas, contribuindo para o aprimoramento da qualidade da assistência às pessoas que vivem com HIV ou AIDS no Brasil.

Com o objetivo de avaliar os aspectos organizacionais e gerenciais da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/AIDS, foi criado o QUALIAIDS, um questionário eletrônico, respondido pelos gerentes e equipes locais dos serviços, composto por 107 questões de múltipla escolha reunidas em três dimensões: a organização do processo de assistência (Processo), ao gerenciamento técnico do trabalho (Processo) e à disponibilidade de recursos (Estrutura) (QUALIAIDS, 2008).

A dimensão do QUALIAIDS quanto à assistência, consiste em verificar o acolhimento, a organização da rotina geral, a organização da assistência médica e de outros profissionais, as orientações e aconselhamento e as atividades de adesão ao tratamento, quanto à gerência, a adequação dos horários de funcionamento dos serviços, o funcionamento geral do serviço, os registros e resultados de exames, a atualização dos profissionais e a comunicação serviço-usuário-comunidade e quanto aos recursos, verificar os recursos humanos, a disponibilidade de medicamentos, exames e referências, as rotinas/prazos de agendamento de consultas, o acesso e a infra-estrutura básica.

As respostas são classificadas em três níveis 0, 1, 2, com o valor 2 referindo a melhor qualidade. Após a conclusão do preenchimento do questionário, o sistema calcula a média obtida pelo serviço e a porcentagem em relação ao "padrão ouro" de valor 2. Também é emitido um relatório que agrupa as respostas nos níveis 0, 1 e 2 e permite consultar as recomendações de boas práticas relativas a cada uma das questões do Guia Qualiaids (conjunto de recomendações de boas práticas referentes às dimensões da assistência abordadas no questionário).

Destina-se a todas as unidades do SUS que oferecem assistência ambulatorial às pessoas com HIV/AIDS: ambulatórios gerais e de especialidades, ambulatórios de hospitais,

unidades básicas de saúde, postos de saúde, policlínicas, serviços de assistência especializados em HIV/AIDS.

Sempre existiram mecanismos de avaliação da prática médica e dos serviços de saúde, porém foram pouco estudados, até as últimas décadas, quando passam a ter relevância na discussão da reorganização desses serviços no Brasil. A avaliação de programas de saúde oferece uma abordagem sistemática no manejo de questões fundamentais para a saúde pública e possibilita o planejamento de intervenções que mantenham os cenários que respondem às necessidades da população ou que modifiquem aqueles que se mostram insuficientes no atendimento a estas necessidades (MEDINA et al., 2005; BOSI, UCHIMURA, 2006; MINAYO, 2005; PAIM, VIEIRA-DA-SILVA, 2006).

O campo da avaliação comporta uma diversidade conceitual, e nem sempre há consenso na sua definição (FURTADO, 2007). As várias iniciativas voltadas para a avaliação possibilitam lançar mão de teorias e metodologias diversas, principalmente as oriundas das Ciências Sociais (DESLANDES, 1997; FURTADO, 2007). As definições sobre o significado da avaliação que mais se destacam são as referentes à avaliação de programas sociais. De acordo com Vieira da Silva (2005, p. 16), “a definição de avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre as práticas de saúde ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões”. São objeto da avaliação as práticas do cotidiano até aquelas relacionadas com o trabalho, nos seus diversos campos de ação. E as mais freqüentemente avaliadas são as resultantes da ação social planejada tais como políticas, programas e serviços de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

O presente estudo consiste na avaliação de um serviço de assistência especializada em HIV/AIDS pelos usuários e de que forma as percepções deles se interrelacionam com as dimensões do QUALIAIDS quanto à assistência, à gerência e aos recursos, na perspectiva da integralidade e da humanização.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 AVALIAÇÃO

As práticas avaliativas no Brasil vêm despertando crescente interesse e se consolidando por várias razões, dentre as quais se destacam: a legitimação das políticas governamentais de cortes nos investimentos devido ao encolhimento do Estado; os questionamentos sobre a eficiência, eficácia e efetividade das intervenções; as pressões dos organismos internacionais que financiam projetos sociais; pressões exercidas dentro das organizações reivindicando transparência na condução das várias ações; nas universidades, a produção de pesquisas onde os programas sociais em geral e os diferentes níveis do SUS são, cada vez mais, objeto de estudo (MERCADO, BOSI, 2006; FURTADO, 2007; MINAYO 2008).

Medina et al. (2005) afirmam que são muitos os desafios conceituais e metodológicos para a realização de uma avaliação, pois o objeto da avaliação em saúde, que são as ações e práticas de saúde, tem natureza social e histórica que devem ser levadas em conta por quem pretende avaliá-las. Referem também o aspecto subjetivo do processo de avaliação e a validade dos estudos. Ao mesmo tempo deve ser considerado que as instituições de saúde reúnem, no mesmo espaço, diversos atores sociais (usuários, profissionais de saúde e gestores) com diferentes interesses e perspectivas em relação aos serviços de saúde e que, comumente, priorizam aspectos variados quando avaliam a qualidade das ações de saúde. Desta forma, possibilita uma maior abrangência do entendimento sobre o objeto de estudo, além de democratizar o processo de avaliação.

A validade dos estudos – para avaliar intervenções, que têm abrangência multidimensional, é necessário mecanismos de consenso na escolha dos modelos e métodos utilizados, ampliando a possibilidade de validade e conferindo maior legitimidade dos processos avaliativos. “Além disso, incluir diversas visões promovendo a integração de diferentes pontos de vista no processo de avaliação, se, por um lado, favorece a superação de visões unilaterais dos problemas enfrentados e facilita a incorporação dos resultados nas decisões a serem adotadas, por outro, intensifica o caráter subjetivo dos processos de avaliação” (MEDINA et al., 2005 p. 59).

A maioria das práticas avaliativas implementadas segue o modelo positivista. Normalmente utilizam-se instrumentos quantitativos e se analisam as estruturas dos programas, seus processos e quais são seus resultados. Com base nesse referencial, a avaliação passa a ter aspecto quantitativo, validável, passível de generalização e científico (VIEIRA-DA-SILVA, 2005; MERCADO, BOSI, 2006; BOSI, UCHIMURA, 2006; MINAYO, 2005).

Os modelos ou enfoques mais atuais de avaliação, também chamados de enfoques emergentes (BOSI; MERCADO, 2006), confrontam o modelo positivista e incluem posturas e abordagens distintas. Estes enfoques têm sido denominados de várias formas: não-tradicionais, não-convencionais, anti-hegemônicos ou alternativos. Baseiam-se em outros paradigmas que envolvem a participação de uma variedade de atores em todas as etapas do processo e incorporam propostas teórico-conceituais e metodológicas oriundas de outras correntes tradicionais do pensamento.

Bosi e Uchimura (2006) apontam subsídios para a construção de propostas de avaliação de programas ancoradas em uma noção ampliada de saúde e que estimule a compreensão de saúde como direito de cidadania, com base nas dimensões referentes à qualidade, integralidade e humanização. As propostas de avaliação qualitativas pressupõem a apreensão do significado do fenômeno tal como percebido pelos atores sociais. Indicam o reconhecimento da pluridimensionalidade do indivíduo e do processo saúde-doença.

## 2.2 INTEGRALIDADE

Difícil de conceituar, a integralidade pode ser definida como um eixo norteador de novas formas de agir em saúde e de gestão de cuidados nas instituições de saúde, permitindo o surgimento de experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais (PINHEIRO; LUZ, 2007). Pode ser qualificada como um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que possibilitam aos sujeitos criar novos arranjos sociais e institucionais em saúde, nos espaços públicos que, por vezes, são marcados por conflitos e contradições (PINHEIRO; GUIZARDI, 2005). Ou seja, a integralidade pode ser assumida como uma ação social que é consequência da

permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, no plano individual e sistêmico, considerando os aspectos subjetivos e objetivos (PINHEIRO, 2001).

Quanto às políticas de saúde, o estudo sobre a relação entre demanda e oferta em programas ou serviços locais, com ênfase na integralidade das ações se faz necessário e é crucial no campo da saúde coletiva. “Isto implica a ampliação do escopo da análise de estudos destinados à compreensão da integralidade, enquanto termo e princípio doutrinário, ao privilegiar a participação dos diversos atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde” (PINHEIRO, 2001 p. 68).

### 2.3 HUMANIZAÇÃO

O conceito de humanização é polissêmico, abordando diversas idéias e comportando uma pluralidade de sentidos. A humanização é interpretada como vínculo entre profissionais e usuários, a partir de ações pautadas na compreensão e valorização dos sujeitos e também é associada à qualidade do cuidado (RIOS, 2010).

Visando um SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva, foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS). O HumanizaSUS resgata os princípios e diretrizes da construção do SUS, contidos nas leis e atos regulamentadores, tais como assistência integral, universalidade, hierarquização e regionalização de serviços, além do controle social.

A Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS é uma política transversal que indica a inseparabilidade entre gestão e atenção dos processos de produção de saúde e a autonomia e protagonismo dos sujeitos (HECKERT, PASSOS, BARROS, 2010; BRASIL, 2010). São diretrizes da PNH: promover a gestão participativa, colegiada e compartilhada dos cuidados/atenção; estimular o conceito de clínica ampliada; valorizar os direitos dos usuários; valorizar o trabalho e o trabalhador; estimular a ambiência acolhedora e o fomento das redes.

A discussão da PNH nos vários espaços do SUS revela e promove a necessidade de mudança de atitude dos usuários, gestores e trabalhadores de saúde, comprometendo-os como co-responsáveis pela qualidade das ações e serviços para a produção de saúde. Benevides e

Passos (2005) indicam que o processo de produção de saúde deve levar em conta a pluralidade dos determinantes da saúde e a complexidade das relações entre todos os sujeitos envolvidos, e tem como resultado, além da saúde, a produção de subjetividades – “novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde”. Este produto seria o ponto capital da proposta de humanização e que garante sua identidade (DESLANDES, 2005).

Diversos autores (DESLANDES 2005; TEIXEIRA 2005; BENEVIDES, PASSOS 2005) apontam que a humanização da atenção abrange a democratização das relações, com o reconhecimento da alteridade e o diálogo entre os sujeitos no processo terapêutico. Esse diálogo começa quando um usuário é acolhido no serviço de saúde. Comumente o acolhimento é entendido como ações de recepção, triagem e acesso, mas não se restringe só a esses mecanismos organizacionais de um serviço. Como diretriz da PNH, significa uma postura de atendimento e escuta de todos os sujeitos que procuram um serviço de saúde, com o compromisso de responder às suas necessidades de saúde e desencadear redes de cruzamento de saberes, respeitando seu protagonismo no processo saúde-doença e envolve todos os encontros e conversas que ocorrem no serviço de saúde.

Partindo desse pressuposto, Teixeira (2007) propõe que o acolhimento seja visto como “rede de conversações”, pois afirma que o mesmo é imprescindível para o adequado desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde e aponta que a conversa é a substância principal das atividades de um serviço e está presente em todos os momentos e espaços desse ambiente. O autor denomina de “acolhimento-diálogo” todos os instantes de conversa, pois possibilita receber/escutar novas necessidades/expectativas dos usuários e propor outros atendimentos (conversas) se for pertinente.

### **3 JUSTIFICATIVA**

A principal estratégia para a redução da mortalidade e morbidade relacionadas à AIDS, além do diagnóstico precoce, é a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde.

O instrumento de avaliação disponível no Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais avalia os aspectos organizacionais e gerenciais da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/AIDS de forma quantitativa, pois informa quais serviços são oferecidos, mas a qualidade da atenção não é avaliada. É um questionário respondido pelos gerentes e equipes locais dos serviços.

Propor práticas avaliativas de serviços de saúde considerando as percepções e expectativas dos usuários quanto aos serviços aos quais estão inseridos, com suas necessidades e demandas, suas interações com os profissionais de saúde e gestores, permite a elaboração de respostas eficazes para os problemas de saúde, promove mudanças das práticas, democratiza as informações e qualifica os serviços de saúde.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a Assistência Especializada para portadores do HIV e de doentes de AIDS vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) nas dimensões assistência, gerência e de recursos, na perspectiva dos usuários do Serviço de Atenção Terapêutica do Hospital Sanatório Partenon, em Porto Alegre.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Os objetivos específicos são:

- a) conhecer as percepções dos usuários acerca do Serviço de Assistência Especializada para portadores do HIV e de doentes de AIDS;
- b) avaliar, pela ótica dos usuários, as práticas de humanização e a integralidade da atenção;
- c) relacionar as percepções dos usuários com as dimensões do QUALIAIDS.

## **5 PROBLEMA**

Saber o que os usuários de um serviço de saúde para portadores de HIV/AIDS pensam do serviço ao qual estão vinculados auxilia na adequação e qualificação da assistência para as suas necessidades de saúde.



## 6 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. O estudo será exploratório com usuários adultos do Serviço de Assistência Terapêutica (SAT), do Hospital Sanatório Partenon, da Secretaria Estadual da Saúde (SES), em Porto Alegre. No município tem dois ambulatórios com as mesmas características do SAT, dois serviços que funcionam em grandes hospitais e um ambulatório menor, também da SES. O SAT conta com ambulatório adulto e infantil (SAE), hospital-dia (uma forma intermediária de atendimento entre as modalidades hospitalar e ambulatorial para os usuários que necessitam de procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados em ambiente hospitalar, mas que se apresentam em condições clínicas de permanecer em casa), CTA e farmácia onde funciona o SICLOM (Sistema de Informação de Controle Logístico de Medicamentos). O ambulatório oferece, além das consultas com infectologista, consultas de ginecologia e obstetrícia, dermatologia, psiquiatria, psicologia, serviço social, fisioterapia, odontologia, nutrição e enfermagem. Também são desenvolvidas atividades voltadas à adesão ao tratamento por meio de grupos de Início de Tratamento e de Manutenção do Tratamento. O SICLOM faz o gerenciamento logístico dos medicamentos anti-retrovirais (ARV) - fornecimento de medicamentos antiretrovirais aos pacientes, controle dos estoques e da distribuição dos ARV.

Uma das principais características do método qualitativo é o fato de que busca fornecer uma visão de dentro do grupo pesquisado, trabalhando com um elevado número de questões. Para que isso seja possível, trabalha-se normalmente com um grupo pequeno de pessoas, escolhido de acordo com critérios previamente definidos conforme os objetivos do estudo. A investigação qualitativa buscará os significados que escapam aos indicadores e expressões numéricas.

Será utilizada a técnica de grupo focal, que pode ser definido como um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos, ou seja, onde os participantes apresentam certas características em comum que estão associadas ao tópico que está sendo pesquisado. Tem por objetivo obter informações, aprofundando a interação entre os participantes, a fim de captar as diferentes visões sobre um mesmo tema ou entender em profundidade um comportamento dentro de um grupo determinado (VICTORA, 2000). Essa técnica fundamenta-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos (MINAYO, 2008). A técnica deve se desenvolver mediante um roteiro que

vai do geral ao específico, em ambiente não-diretivo, sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista coletivo e individual. A coordenadora dos grupos será a pesquisadora deste estudo, que é fisioterapeuta no SAT. É importante também que a moderadora conte um relator/observador para anotar os acontecimentos de maior interesse e auxiliar na observação da comunicação não verbal.

O universo empírico da investigação qualitativa será selecionado por conveniência. Para identificar os participantes do grupo, a pesquisadora deverá se preocupar com o aprofundamento, a abrangência e a compreensão do grupo em estudo numa tentativa de que a amostra reflita a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo. Portanto, o convite aos usuários para a participação no grupo será feito no SAT quando estiverem fazendo uso do serviço. Nesse momento será explicado que se trata de um estudo, que será uma atividade em grupo, com previsão de uma hora de duração até duas horas. Também será garantida a confidencialidade do material obtido e que ele será usado exclusivamente para a pesquisa.

Para identificar tendências e padrões na percepção do foco do estudo, as discussões serão conduzidas com diferentes grupos, garantida a realização de encontros com, pelo menos, 3 grupos de, no mínimo, 6 pessoas cada um. Cada encontro será gravado e imediatamente transcrito após sua realização, iniciando-se o processo de análise por identificação de emergentes grupais. A formação de novos grupos será interrompida assim que se constatem os fenômenos da saturação ou repetição de emergentes.

Os grupos serão realizados no SAT, na sala de grupos, que é especialmente organizada com ar-condicionado e bancos, possibilitando que os participantes se disponham em círculo, de forma confortável, reservada e sem interrupções. Serão formados grupos de seis a dez indivíduos e, no caso de comparecerem menos que seis pessoas, será combinada uma nova data com os participantes, ficando assim contemplado o leque de composição mínima dos grupos, sugerido por diferentes autores (POPE, MAYS, 2009; MINAYO, 2008; GARVIE et al, 2009; LEHOXA, POLANDB, DAUDELINC, 2006; RENNER et al, 2004; IERVOLINO, PELICIONI, 2001).

No dia marcado para o grupo, cada sujeito receberá, individualmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que deverá ser assinado em duas vias, ficando uma com ele e outra com a pesquisadora, concordando em participar da pesquisa. Após acolher os participantes para iniciar a atividade em grupo, a moderadora deverá

apresentar-se e também ao relator/observador. Fará a exposição dos objetivos do estudo e do grupo de forma rápida e genérica, explicando o funcionamento do grupo. Será solicitada a concordância dos participantes de que seja respeitada a confidencialidade e que a atividade seja gravada.

Ao iniciar propriamente a atividade do grupo, a moderadora falará sobre a importância de se saber o que os usuários pensam do serviço ao qual estão vinculados, pedindo que falem livremente sobre como se sentem quando estão no serviço, que dificuldades e facilidades encontram, que qualidades percebem e que críticas teriam a fazer. A moderadora se preocupará em adotar a técnica de estranhamento, ou seja, de assumir postura investigativa frente a um mundo aparentemente conhecido e ordinário. No momento que a coordenação perceber que o grupo se investiu do propósito de falar sobre o serviço, indicará o rumo das questões centrais do estudo:

- a) Como é o atendimento no serviço?
- b) O que os deixa satisfeitos?
- c) O que os deixa insatisfeitos?

A coordenação do grupo buscará estimulá-los a falar sobre diferentes etapas ou atividades inerentes ao atendimento naquele serviço, como:

- a) o acolhimento e o acesso ao serviço;
- b) os horários, as rotinas e os prazos de agendamento de consultas;
- c) o atendimento, as orientações e aconselhamentos, as atividades de adesão e a comunicação serviço-usuário-comunidade;
- d) a infra-estrutura básica, os medicamentos, exames, atendimentos complementares (referências);
- e) a atualização dos profissionais.

A moderadora não vai corrigir, julgar ou indicar o rumo adequado, mas vai zelar para que o grupo se mantenha no tema, propondo questões complementares ou recolocando as questões sempre que houver dispersão ou interrupção. Também vai zelar para que ninguém do

grupo assumo o papel de censura às idéias dos demais, ligando este cuidado à preocupação de conhecer o material emergente da discussão em seu conjunto, sem necessidade do grupo chegar a um veredicto. Ao final de cada grupo será oferecido um lanche aos participantes.

As falas dos participantes serão transcritas e será realizada uma leitura na íntegra destas transcrições para reconhecimento e agrupamento dos emergentes grupais nas diversas categorias temáticas definidas previamente, que são as mesmas das dimensões do QUALIAIDS, mas também poderão incluir categorias que possam surgir durante o estudo. A exemplo do que se faz em análise de conteúdo (BARDIN, 2010), a inclusão de emergentes em cada categoria poderá criar subcategorias que, no seu conjunto, comporão o mapa de análise deste estudo, à luz do qual serão apresentadas as reflexões e proposições dos usuários com vistas à qualificação dos serviços. Também se buscará o reconhecimento de emergentes que se relacionam com elementos de avaliação não contemplados no QUALIAIDS.

## **7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde do RS.

Todos os sujeitos que concordarem em participar do estudo deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todas as gravações serão destruídas após a transcrição e análise do material.



**8 RECURSOS**

Item	Quantidade	Preço unitário (R\$)	Total (R\$)
Gravador	3	300,00	900,00
Pilhas	20	1,25	25,00
Folhas A4 (pacote)	500	12,00	12,00
Cartucho impressora	3	99,00	297,00
Canetas	5	2,00	10,00
Passagens de ônibus	40	2,45	98,00
Total	-	-	1.342,00

A pesquisadora será responsável pelas despesas do estudo.







## REFERÊNCIAS

- BARBOUR, Rosaline. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(3):561-571, 2005.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (org.). **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde - HumanizaSUS**. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 12 jun. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2009**. Disponível em: <www.aids.gov.br>. Acesso em: 12 jun. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS**. Disponível em: <www.aids.gov.br>. Acesso em: 12 jun. 2010.
- COSTA, Glauce Dias da et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008.
- DESLANDES, Sueli Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.103-107, jan./mar. 1997.
- DESLANDES, Sueli Ferreira. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface - Comunic. Saúde. Educ**, v.9, n.17, p.389-406, mar./ago. 2005.
- FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2004. Acesso em: 14 mar. 2010.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

GARVIE et al. Development of a Directly Observed Therapy Adherence Intervention for Adolescents with Human Immunodeficiency Virus–1: Application of Focus Group Methodology to Inform Design, Feasibility, and Acceptability. **Journal of Adolescent Health**, v. 44, p. 124–132, 2009.

HECKERT, Ana Lúcia Coelho; PASSOS, Eduardo; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface**, Botucatu, 2010. Acesso em: 13 mar. 2010.

HYDE et al. The focus group method: Insights from focus group interviews on sexual health with adolescents. **Social Science & Medicine**, v. 61, p. 2588–2599, 2005.

IERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf., USP**, v. 35, n.2, p. 115-121, jun. 2001.

LEHOUXA, Pascale; POLANDB, Blake; DAUDELINC, Genevieve. Focus group research and ‘the patient’s view’. **Social Science & Medicine**, Montreal, Canadá, v. 63, p. 2091–2104, 2006.

MEDINA et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MERCADO, Francisco Javier; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Avaliação não tradicional de programas de saúde: anotações introdutórias. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (org.). **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa aualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GONÇALVES DE ASSIS, Simone; RAMOS DE SOUZA, Edinilsa (org.). **Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NEMES, Maria Ines Battistella et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl.2, p. S310-S321, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Gestão em Redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; ABRASCO, 2007.

PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique Novaes. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique Novaes (org.). **Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Ed. da UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Tradução Ananyr Porto Fajardo. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

**QUALIAIDS: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em AIDS no SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

RENNER et al. Focus groups of Y–K Delta Alaska Natives: attitudes toward tobacco use and tobacco dependence interventions. **Preventive Medicine**, v. 38, p. 421–431, 2004.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, jun. 2009. Acesso em: 13 mar. 2010.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.585-597, 2005.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; ABRASCO, 2007.

UNAIDS: The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS. HIV Data - Jobs – 2009 AIDS Epidemic Update. Disponível em:<[www.unaids.org/en/default.asp](http://www.unaids.org/en/default.asp)>. Acesso em: 12 jun. 2010.

VIANA, Ana Luiza D Ávila; FARIA, Regina; PACIFICO, Hudson. O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação com novas praticas? In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Gestão em Redes**: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria (org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo denominado “**Avaliação de Serviço de Saúde em HIV/AIDS: a perspectiva dos usuários**”, que pretende verificar como os pacientes vêm o **Serviço de Atenção Terapêutica (SAT)** quanto às consultas e o apoio oferecido, o funcionamento do serviço, bem como o prédio, as salas e os equipamentos. A pesquisadora deste projeto é a fisioterapeuta do SAT Laura Olinto Dossena, mestrande do Programa de Saúde Coletiva da UNISINOS e com ela poderei manter contato pelos telefones 3901-1361 e 39011391 ou pelo e-mail [lauradossena@gmail.com](mailto:lauradossena@gmail.com). A pesquisadora tem como orientadora a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nêmore Tregnago Barcellos.

Eu, \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_ (nacionalidade), \_\_\_\_\_ (idade), \_\_\_\_\_ (estado civil),  
 \_\_\_\_\_ (profissão), \_\_\_\_\_  
 (endereço), \_\_\_\_\_ (RG), estou sendo informado que para participar do estudo  
 deverei fazer parte de um grupo com outros pacientes para falar sobre como eu vejo o SAT.  
 Esse grupo será composto de 6 a 10 pessoas, tem previsão de duração de 1 a 2 horas e será  
 gravado. Todas as gravações serão destruídas após a transcrição e análise do material.

Estou ciente de que meu nome ou qualquer outro dado que possa me identificar, será mantido em sigilo.

Sei também que posso não querer participar do estudo ou deixar de participar em qualquer momento sem ter qualquer prejuízo quanto ao atendimento que venho recebendo neste serviço.

Posso solicitar qualquer esclarecimento a respeito do estudo antes, durante e depois da minha participação.

Depois de ler este consentimento e compreendido o que está escrito concordo em participar sabendo que não receberei ou pagarei nenhum valor para fazer parte do estudo.

No entanto, caso seja necessário, eu receberei passagem de ônibus para a participação na pesquisa.

Este termo será assinado em duas vias, ficando uma cópia em meu poder e outra com a pesquisadora.

Porto Alegre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

\_\_\_\_\_  
 (Assinatura do Participante)

\_\_\_\_\_  
 (Pesquisadora: Laura Olinto Dossena)



**RELATÓRIO**



## **1 ANTECEDENTES DE PESQUISA**

O interesse em pesquisar a respeito das percepções dos usuários sobre o serviço de HIV/AIDS ao qual estão inseridos foi surgindo aos poucos, no cotidiano de trabalho da pesquisadora, que é fisioterapeuta do Serviço de Atenção Terapêutica (SAT) do Hospital Sanatório Partenon (HSP) - SES, em Porto Alegre. O SAT é um serviço destinado a pessoas que vivem com HIV/AIDS e o hospital, por ser um órgão do estado, é referência para muitos municípios do RS.

Na construção do projeto de pesquisa, optou-se pela metodologia qualitativa para dar conta do objeto de estudo.

A qualificação do projeto de pesquisa ocorreu no dia nove de novembro de 2010. Após, a primeira providência foi alterar o TCLE, conforme sugerido pela banca. O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública-SES/RS aprovou-o. Nos meses de janeiro e fevereiro, período em que a maioria dos funcionários gozam férias, foi realizada uma reforma em alguns espaços do SAT. Pintaram as paredes internas, mudaram alguns móveis na sala de espera, na sala de prescrição, na sala de grupos, na recepção e arrumaram o pátio, inclusive com bancos e plantas. Portanto, optou-se por realizar os grupos a partir de março.



## 2 MÉTODO

### 2.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo foi exploratório, de caráter qualitativo. Uma das principais características do método qualitativo é o fato de que busca fornecer uma visão de dentro do grupo pesquisado, lidando com um elevado número de questões. Para que isso seja possível, trabalha-se normalmente com um grupo pequeno de pessoas, escolhido de acordo com critérios previamente definidos conforme os objetivos do estudo. A investigação qualitativa busca os significados que escapam aos indicadores e expressões numéricas (MINAYO, 2008).

### 2.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa se desenvolveu no SAT, do HSP, da Secretaria Estadual da Saúde (SES), em Porto Alegre. Na capital existem outros dois ambulatórios com as mesmas características do SAT, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, dois serviços que funcionam em grandes hospitais e um ambulatório menor, também próprio da SES. O SAT conta com ambulatório adulto e infantil (SAE), hospital-dia (uma forma intermediária de atendimento entre as modalidades hospitalar e ambulatorial para os usuários que necessitam de procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados em ambiente hospitalar, mas que se apresentam em condições clínicas de permanecer em casa), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e farmácia onde funciona o Sistema de Informação de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). O ambulatório oferece, além das consultas com infectologista, consultas de ginecologia e obstetrícia, dermatologia, psiquiatria, psicologia, serviço social, fisioterapia, odontologia, nutrição e enfermagem. Também são desenvolvidas atividades voltadas à adesão ao tratamento por meio de grupos de Início de Tratamento e de Manutenção do Tratamento. O SICLOM faz o gerenciamento logístico dos medicamentos anti-retrovirais (ARV) - fornecimento de medicamentos antiretrovirais aos pacientes, controle dos estoques e da distribuição dos ARV.

Quando o SAT iniciou suas atividades, em um prédio reformado dentro da área física do HSP, funcionava como um grande hospital-dia para adultos e para crianças. Essas pessoas

estavam em estágios avançados de doença e necessitavam manter tratamentos continuados (profilaxias secundárias).

Na medida em que a terapia antirretroviral foi se aperfeiçoando, houve uma redução no número de pessoas que chegavam às fases avançadas de doença. Portanto, algumas salas do SAT foram sendo adaptadas para o funcionamento como ambulatório, uma vez que a demanda por consultas passou a se tornar progressivamente maior.

Atualmente a área interna do SAT é constituída por 1 consultório ginecológico, 1 consultório pediátrico, 3 consultórios de infectologia, 1 sala de grupos, 1 consultório de serviço social, 1 consultório de nutrição, 1 consultório de odontologia, 1 farmácia, sala de espera, corredor, banheiros, vestiários, 3 salas administrativas (sala de estar, recepção e sala com prontuários) e sala de pesquisa. O CTA, que realiza o exame diagnóstico ou a transferência do usuário de outro serviço para o SAT, fica localizado em outro prédio no mesmo terreno. Próximo ao SAT também fica a Sala de Musculação, espaço onde acontecem os atendimentos de fisioterapia e atividades de musculação destinadas aos usuários.

A equipe de trabalho no SAT é composta por 4 médicos (clínicos que tratam de adultos), 1 médica pediatra, 1 dermatologista, 2 psicólogas, 1 odontóloga, 3 gineco-obstetras, 3 enfermeiros, 2 assistentes sociais, 1 fisioterapeuta, 1 socióloga, 4 auxiliares de enfermagem, 7 auxiliares administrativos, 3 atendentes de farmácia, 2 vigilantes, 1 faxineira.

O serviço funciona diariamente de segunda à sexta-feira das 8 às 18 horas. O paciente chega ao SAT a partir do CTA. Indivíduos com teste positivo para o HIV e os transferidos são encaminhados para acompanhamento (o usuário já sai do CTA com a primeira consulta agendada). Crianças expostas ou transferidas de outros serviços são agendadas diretamente no SAT.

Os usuários procuram o SAT por várias razões: ser próximo da sua residência ou, ao contrário, por ser bem distante da sua casa, por encaminhamento de outros serviços de saúde (postos de saúde, hospitais, bancos de sangue), por indicação de familiares ou amigos que se tratam no SAT, por descontentamento com outros locais de saúde.

Por ser referência, o SAT também atende pacientes de outros municípios.

**Grupo 1:** [...] tem pessoas que são de fora que seria melhor se tratar no [...] mas ele prefere aqui porque, por causa do constrangimento de ser reconhecido e coisa, então ele se desloca, lá pro outro lado.

[...] a gente nunca quer ir ali pra não ser identificado.

[...] não, mas eu te vi lá no DST, mas lá não é só AIDS? O que tu tem ? Não, é só um probleminha na perna! Mas lá não é só AIDS?

**Grupo 2:** [...] eu já fugi de lá por causa disso. O atendimento é horrível, não é nada discreto [...] até porque tu mora na mesma cidade e tu sempre dá de cara com alguém conhecido que não era pra saber né, e conheço outros posto que tava dizendo pra ti. Morei 3 anos na [...] e conheço muitos posto de lá também. Sei como é que funciona e o atendimento aqui eu continuo dizendo: comparado com outros aí é maravilhoso.

**Grupo 3:** [...] mas eu já vi relato, tem uma paciente daqui que eu conheço ela daqui, a gente conversou ali, ela mora em, em outra cidade no interior e ela faz tratamento aqui ela me falou que prefere fazer aqui, escolheu aqui, porque ela se sente bem aqui. Não pela localização, até por que ela mora longe né, mas ela prefere fazer aqui, então eu acho que é uma questão de como tu te sente aqui no local né.

Os usuários se sentem acolhidos no SAT. Referiram que o ambiente é bom e que, em geral, se sentem bem quando circulam pelo serviço. Alguns pacientes chegaram a dizer que se sentem em casa e muitos já estão em acompanhamento há anos, quando se referiam à satisfação com o atendimento e com as consultas prestadas no SAT. Apesar de que não impediu que apontassem algumas questões que precisam ser melhoradas.

**Grupo 1:** [...] Então, o melhor lugar que eu me senti em casa é aqui. Venho de olhos fechados é aqui.

**Grupo 2:** [...] é, é bom

[...] é maravilhoso.

[...] mas tudo tem suas falha.

**Grupo 3:** [...] aqui eu sempre fui recebida. Bem, bem, bem recebida, mas só o que mudou foi isso aí, das consulta.

Todas as consultas são agendadas para o primeiro horário da manhã ou para o primeiro horário da tarde e os pacientes são atendidos de acordo com a ordem de chegada. Desde o início do ano o serviço tem data fixa para a marcação das consultas médicas (dia 25 de cada mês), numa tentativa de adequar as agendas dos profissionais médicos (que cada vez estão em menor número) à crescente demanda de pacientes. Este fato tem gerado descontentamento por parte dos usuários, sendo a maior queixa de todos os participantes.

**Grupo 1:** [...] Bom, uma situação que tá muito grave aqui é a forma de marcar consulta.

[...] é.

[...] está muito crítica.

[...] porque tá terrível na ultima marcação agora quem esteve aí sabe que deu um tumulto danado queriam chamar a imprensa.

[...] Se a gente liga a gente passa a manhã inteira.

[...] não consegue.

[...] a gente se obriga a vim aqui.

[...] ele perdeu a consulta por causa disso.

[...] isso é verdade.

[...] quem é de fora gente, tem que perder uma manhã de serviço

[...] perde.

[...] pra vim só marcar e chega aqui se tu não chegou aqui às 6 da manhã tu já não con...: Há já foi, todo esgotado, não tem mais.

[...] eu sou do interior, ela falou assim pra mim: Tu vai ter vim dia 25 e marcar porque por telefone não consegue. Eu moro há 100 quilômetros e pouco, não posso vim só pra marcar.

[...] pra depois vir pra consultar.

[...] essa, essa é uma situação tá muito muito muito critica mesmo.

**Grupo 2:** [...] essas marcação de consulta, dia 25... tá judiando. [...] agora, eles tem três ou quatro telefone ali ó. Pode ligar agora do teu aí pra ver se alguém atende. [...] chamando aquele troço ali no fim...esse telefone, não sei o quê, tá na caixa, não sei o quê [...]. Toca, toca, toca, toca e tu liga, toca, toca, toca e ninguém atende. Quando atende aí dali dois dia tu tem que te deslocar de Guaíba aqui pra conseguir marcar consulta.

[...] é absurdo, vim lá de Guaíba aqui só pra marcar consulta.

[...] Sei que dia vinte e cinco. Dia 25 é cruel.

[...] Cheguei aqui e perguntei; tem alguma possibilidade de deixar agendada a consulta? Aí a mulher disse assim: Ah, não dá. Dia 25 as ficha.

[...] Ah, mas eu não vou poder vim aqui dia 25 de novo aí diz ela assim: Ah, então tu pode ligar. Tá, aí então eu vou ligar. Dia 25 eu tentei ligar e assim fui indo e eu levei parece que, 3 ou 4 dias eu consegui ligar. Falei foi com um homem que me atendeu depois de 3 ou 4 dias que eu tinha tentado ligar, aí ele disse: Olha não vai dar mais porque as fichas são só marcada no dia 25.

[...] é isso que tá incomodando.

[...] aí eu disse assim: mas como, pois olha eu sempre fiz os meu exame. Acho que vai fazer um ano que eu to me tratando aí eu faço meu exame no dia da minha coleta eu sempre faço ali vocês sempre marcam porque eu sou de longe, como é que eu vou tá pra lá e pra cá,. Não posso. Ha e outra desde o dia 25 eu tô ligando em ninguém me atende. Aí ele disse assim: não mas não pode ser isso deve ser algum engano sim porque aqui sempre os telefone tão sendo atendido. Eu digo não é impressão sua porque isso não está acontecendo.

[...] não, não atende.

[...] ali ele disse que era pra mim vir aqui e eu disse que eu não ia me deslocar de lá e menos que fosse alguém daqui pra lá pra ficar de babá com as minhas criança, e levar pra escola certinho. Aí eu vinha aqui, caso contrário eu não posso ir.

**Grupo 3:** [...] Eles não explicaram. É só agora vem marcar consulta: Há é só por telefone, dia 25 ainda. Porque dia 25? Isso no caso tu vai precisar morrer tu tem que ser depois do dia 25? Vai morrer é depois do dia 25? Ou se pega uma doença tem que ser só depois do dia 25?

[...] e dia 25 é uma data difícil de lembrar porque esse dia 25 agora foi segunda-feira né.

[...] aí imagina, segunda feira de manhã tem que trabalhar tem um monte de coisa, final de semana lá, a casa toda bagunçada, quando vê tu esquece, assim.

[...] há ham, tu tem filho, tu tem...

[...] eu tava dentro do ônibus e dentro do ônibus eu tentando com o telefone eu fiquei eu acho que olha um tempão tentando e dei sorte uma hora e de repente nem

chamou.

[...] sabe quantas vezes eu liguei no dia 25? 42 vezes, 42 ligações.

é um monte.

[...] quarenta e duas pra na quarenta e três, consegui uma.

Antigamente os usuários já saíam da consulta médica com os exames e a próxima consulta agendados. Referiram que o serviço é muito bom, mas está perdendo a qualidade. O atendimento é humanizado, mas já foi melhor. Disseram que os profissionais são empenhados em atender bem, mas percebem que algumas dificuldades presentes escapam ao contexto do serviço, são de responsabilidade do gestor.

**Grupo 1:** [...] trata bem atende bem, tão sempre...

[...] é. Os médicos atende bem a gente.

[...] se empenhando em querer resolver meu problema.

[...] os médicos. Muito bom os médicos, são muito bons mesmo.

[...] em me tirar daquele quadro crítico.

[...] os médicos que estão aqui são bons.

[...] então, são ótimos.

[...] não é que falta condição de investimento de verba do governo. Tá faltando [...] a Secretaria da Saúde olhar pra cá. É isso que tá faltando.

**Grupo 2:** [...] eu diria que o serviço, a gente poderia dividir em dois grandes grupos hã o pessoal realmente é fora de série sob todos os aspectos, tantos os atendentes como os médicos, a gente até vê que eles fazem um esforço suplementar pra atender bem, pra tratar a gente com carinho, agora os recursos do sistema aqui eu acho que tão um pouco deficiente.

[...] é os recursos do SUS, do geral afeta bastante o trabalho deles, né.

[...] é, exato , até o ano passado a marcação de consulta é uma coisa tranqüila rápida.

[...] exatamente.

[...] maravilhosa, sabe eu até ficava abismado. Porque a gente já tem um certo, assim ressalva quanto ao serviço público né. Olha, funcionava super bem e tava tudo certo. Do final do ano pra cá, eles implementaram um novo sistema que é uma data fixa.

**Grupo 3:** [...] é quanto a minha médica, a minha médica, Deus o livre ela é maravilhosa, eu adoro ela, não troco mesmo, nem um médico. Desde que eu comecei aqui é só com [...], não tem nenhuma , não quero saber de outra.

[...] Eu tive eu acho que umas duas consultas com a doutora [...], ótima. Uma excelente profissional também, hã, o [...] que faz o atendimento aqui do teste de Mantu, também, eu sempre fui bem atendido. Um excelente profissional. O balcão ali de atendimento eu acho que o atendimento delas é dentro daquilo, porque é uma, a gente vê que é uma demanda bem grande de pessoas e elas fazem todo o processo de atendimento ali. Primeiro o atendimento ali eu acho que tá bom. Essa questão do telefone que eu acredito que deveria melhorar ou disponibilizar mais uma pessoa pra atender pra ser mais..

[...] ou mudar, ou voltar como era antes né. Aí a gente sai com a consulta.

[...] ou mudar o sistema.

[...] é pra deixar tudo marcado.

[...] porque a gente trabalha a gente não tem tempo pra ir toda hora pra lá e pra cá.

Neste aspecto, inclusive, na análise dos resultados do estudo, foi criada uma categoria denominada Gestor/Setor Saúde, pois em todos os grupos foi referido que o “sistema” ou a SES deve aumentar o número de profissionais, tanto médicos, enfermeiros, como da área administrativa, para dar conta da crescente demanda de atendimentos. Disseram que é direito do paciente ter médico para atendê-los.

**Grupo 1:** [...] será que não foi falta de verba, ou corte, alguma coisa assim?

[...] eu tô dizendo a secretaria tem que entrar tem que começar a olhar pra cá.

**Grupo 2:** [...] o SUS tá deixando a desejar, o sistema tá deixando a desejar muitíssimo, né.

[...] e fica difícil tu ver o que tem de pessoas aqui e ela bem debilitada, o senhor ali. Então o SUS tá nos devendo muito ainda entendeu.

[...] que o gestor independente do sistema que ele use, ele não pode negar o tratamento e nós tamos sendo negados.

Durante as falas nos grupos percebeu-se a presença da humanização nos atendimentos oferecidos no SAT, conforme preconizado pelo SUS, excetuando-se algumas situações pontuais com alguns funcionários. Nesse sentido, foi sugerido que se houvesse uma maior integração entre os diversos serviços que compõem o SAT, se sentiriam mais acolhidos. Em consonância com esta questão, Teixeira (2007) ressalta a importância do que ele denomina acolhimento-diálogo, fazendo referência à postura (entendimento) que os profissionais e funcionários devem adotar em todos os espaços do serviço por onde circulam os usuários.

A frequência das consultas médicas preconizada pelo Ministério da Saúde é de 3 vezes ao ano (4 em 4 meses), entretanto, por superlotação das agendas, nem sempre a marcação obedece ao idealizado. Alguns pacientes ficam até oito meses sem consultar. Os que estão com boa resposta ao tratamento não se sentem prejudicados, entretanto, outros se queixaram, referindo que compromete a adesão.

**Grupo 1:** [...] a questão do agendamento das consultas dos prazos.

[...] era de 2 em 2 meses, 3 em 3 meses.

[...] antigamente era mais frequente.

[...] e agora, agora é de 6 em 6.

[...] já faz 8 já que eu não consulto.

[...] 8 meses?

[...] pra quem está bem de saúde, tá funcionando a medicação, que nem o meu caso, tá ótimo. Não tem importância nenhuma.

[...] não precisa toda hora tirando sangue, fazendo.

[...] mas não tá ótimo. Tá ótimo pra ti nessa situação que tu te encontra hoje, mas não tá ótimo aqui. Tem que aumentar o numero de médico, tem que aumentar...

[...] há não, com certeza.

[...] o número de funcionários, tem que aumentar aqui a enfermagem tem que as pessoas têm que serem atendidas no momento tem que fazer a triagem ali antes de ser atendido.

[...] é outros profissionais também.

[...] tem que ter outros profissionais aqui. Não, tem que aumentar o número de médicos, não tem, não tá, tá errado, tem que colocar mais especialidades.

[...] nunca consegui consultar o psiquiatra, nunca, nunca.

[...] e outras especialidades.

**Grupo 2:** [...] eu, particularmente tô há três meses sem conseguir uma consulta... porque não tem ficha. Eu não sabia desses tempo e agora a coisa do mês passado eu cheguei aqui às quatro da manhã, fiquei esperando e aí realmente eu consegui uma consulta. Agora eu acho um absurdo é pessoas...

[...] a pessoa doente vim pra fila, quatro, cinco horas.

**Grupo 3:** [...] Ah, eu saía sempre daqui com a consulta marcada, tudo com exame pré marcado pra um dia, a consulta pro outro e agora tudo diferente. Daí tu vai tentar, liga [...], como eu tava falando das 7 horas da manhã até as 9 eu não consegui. Fiquei dois meses sem consultar, sem medicação, eu fiquei, eu não vim buscar medicação, mesmo [...] porque eu não queria vim aqui. Eu desisti mesmo. A minha médica me chamou, conversou comigo, aí eu voltei de novo, mas caso contrário, se não mudar eu vou trocar, não dá, se leva dois, três meses pra consultar às vezes. E a gente precisa, eu peguei uma gripe que abaixou minha imunidade olha, eu fiquei bem ruim em casa, bem ruim mesmo. Aí, então isso aí tem que mudar.

Quando os usuários necessitam de atendimento de alguma especialidade ou exame que o SAT não dispõe são encaminhados para referência e contra-referência, em outros serviços do município. Essa forma de funcionamento do sistema de saúde foi adquirida com a criação do SUS, sendo uma de suas diretrizes a descentralização dos serviços de saúde, bem como o fortalecimento do papel do município como responsável pela atenção de baixa complexidade e regulação da mesma. Delimitou as ações de competência de cada esfera do governo, cabendo aos estados a responsabilidade pelas ações de média e alta complexidade, alto custo ou muito especializadas. É o caso do HSP, referência estadual na área de tisiologia e AIDS e que tem limitada capacidade diagnóstica. Portanto, quando da necessidade de referência e contra-referência, são feitos encaminhamentos que, na maioria das vezes são demorados, gerando insatisfação por parte dos usuários.

**Grupo 1:** [...] Eu saio da sala eu já marco. Eu tô esperando o urologista é marcado fora.

[...] e eu tô esperando há um ano e meio pra fazer uma cirurgia, sabe.

[...] é isso dura anos.

[...] porque é marcado fora.

[...] então assim, essa parte aí também teria que ser um pouquinho melhor facilitada, por exemplo, psiquiatria, agora acho que tem , não sei se tão com psiquiatra. A gente tem psiquiatra daqui a pouco a gente não tem psiquiatra. A gente tem psiquiatra daqui a pouco a gente não tem psiquiatra. Eu fiz. Eu precisei anos. Eu fiquei três anos afastada e eu tive que pagar fora. Eu paguei psiquiatra fora pra poder me tratar 3 anos. Porque aqui a gente não tinha.

[...] e aí? Sabe então isso teria que ter aqui psiquiatra.

**Grupo 2:** [...] Comecei a fazer o tratamento com pneumologista aqui, só que em seguida que eu fiz os meus exames e ela olhou sabe os exames e começou a me prescrever a medicação, comecei a melhorar. Ela foi embora e até agora tamo sem pneumologista faz meses e meses e meses.

**Grupo 3:** [...] a gente precisa as vez, eu preciso no caso de ortopedista e não tem aqui dentro. Um otorrino a gente não tem.

[...] otorrino, é verdade.

[...] tá. Pra conseguir uma consulta pra otorrino é um inferno. Eu não consegui. Eu tô com problema de bursite, de todo problema de velho já. Eu tenho 43 anos e não, mas assim me dói tudo mesmo e aí nunca tem um ortopedista. Aquele que a gente consultava fechou. E na ortopedia ali agora só de segunda a sexta, se tu precisa no sábado e domingo tu vai ter que morrer de dor até outro dia.

[...] é difícil, assim ó, pede um boletim pra doutora pra pegar e ir lá na, na ... É uma referência [...] pra marcar pra um outro hospital. Eu to esperando até agora a minha cirurgia das varizes, faz desde 2008 até agora nada eu fui lá no, no, lá no Santa Marta e aí? E as minhas pernas tão horríveis. Sobe e desce escada as minhas pernas tão qualquer dia assim vai estourar porque tem uma grossa aqui que Deus o livre. Tinha que ter mais, eu acho que tinha que ter no caso, se aumentasse aqui e tivesse mais, mais médicos seria bem melhor. Por que gente precisa né.

Geralmente os exames são agendados para uma data próxima da consulta do paciente. O SAT agenda os exames de CD4 e carga viral, coletados no próprio HSP e processados no Laboratório Central (LACEN). Os resultados dos exames são enviados ao SAT e colocados dentro do prontuário do paciente, estando disponíveis na hora da consulta. Os exames são realizados conforme a periodicidade da marcação das consultas. No HSP, além dos exames de sangue, também são realizados exames radiográficos.

**Grupo 1:** [...] Fazer o exame, vir o resultado, pegar o resultado.

[...] consegue vir pra cá direto pras pastas né, não precisa a gente vir.

[...] é essa forma melhorou bastante, antes tu fazia em laboratórios fora. Era tudo em laboratórios fora, [...], carga viral e coisa e então isso melhorou.

[...] essa forma melhorou bastante.

[...] melhorou bastante.

[...] agora a gente faz aqui.

[...] melhorou bastante.

[...] focou tudo aqui.

[...] ficou tudo centralizado.

[...] muito prático.

[...] e já vai pra pasta.

[...] tu não tem que tá correndo, já evita de gastar uma duas ou quatro passagens a mais.

[...] às vezes [...] as passagens [...] pra comer.

[...] então, e o tempo também da pessoa.

[...] é.

[...] a gente faz a tua bateria de exames tu teria que vim pegar.

[...] é.

[...] pra depois trazer. Então isso aí ficou maravilhoso.

[...] ficou maravilhoso.

[...] a gente não se dá conta disso.

[...] é.

[...] que isso aí facilitou a vida da gente um monte né e então só agora conversando que a gente se dá conta que isso aí melhorou.

[...] é, foi uma grande melhoria.

[...] eu lembro que em 92/93 quando eu me tratava aqui, antes [...] só eu eu me tratava aqui e ela me dava essa receita pra eu tirar os exames naquele laboratório lá do 35 ali. Saía daqui prá tirar sangue

[...] lá. Agora não. Agora o troço tá.

[...] já resolve.

[...] não, agora a coisa tá melhorando já.

[...] não, ficou perfeito.

**Grupo 2:** [...] melhorou, foi o agendamento da, de carga viral e CD4. Antes tinha que [...] senha [...].

[...] há é.

[...] agora tu marca aqui mesmo. Tu sai da sala do médico e vai ali, e ele agenda. Claro, agenda pra daqui a 2, 3 meses, mas...

[...] mas é o mesmo lugar.

[...] é o mesmo local.

[...] é mesmo lugar.

[...] é acho que isso aí melhorou.

[...] pediu pra fazer um RX, eu fui lá não tava funcionando a máquina. Hoje, eu disse, bom então já que eu vou lá pra pega remédio eu já vou lá fazer esse Rx, ainda não tava funcionando a máquina.

**Grupo 3:** [...] teve um e outros problemas com relação também a função dos exames: Ou está ou não está na pasta do paciente e teve algumas vezes que não teve e teve um desencontro e aí houve parece ali entre o médico e os funcionários daqui também, e eu não sei também aonde que há falha nesse processo, mas foi pouco erro só, acho que umas duas vezes eu teve problema com os exames que não estavam prontos ou não estavam na pasta, os demais tudo Ok.

A medicação antirretroviral é dispensada mensalmente. A receita da medicação é válida para retirada dos remédios até a próxima consulta do paciente. No caso do usuário não conseguir marcar a consulta, é fornecida nova receita, evitando que fique sem os remédios. Os pacientes que fazem tratamento medicamentoso referem jamais ter faltado medicação, e quando essa possibilidade existe, os funcionários fracionam a medicação e fornecem por 10 ou 15 dias, devendo o paciente retornar para retirar o restante até o fim daquele mês. As responsabilidades do fornecimento dos medicamentos foram pactuadas entre as três esferas de governo, com a criação do SUS, sendo que os excepcionais ficaram com o Ministério da Saúde, os especiais com as SES e os demais com a rede básica, incluindo os antilipemiantes.

**Grupo 1:** [...] só tem um medicamento que é do colesterol que é complicadinho. Eles tão sempre em falta aqui.

**Grupo 2:** [...] a farmácia se você tiver aderido ao sistema, tiver as consultas, tiver as receitas, a farmácia [...] se tiver tudo direitinho não tem problema nenhum, até se inclusive tu tiver uma consulta, o médico desmarcar e tu precisava daquela consulta pra pegar a receita, eles te fornecem sem problema.

[...] é.

[...] mas se tu não for um paciente assíduo, fizer tudo direitinho, com toda razão...

[...] e aí que eu torno a ser redundante na questão da marcação de consulta.

[...] que a marcação de consulta é importante.

[...] que quando eles tão com os remédio reduzido né, é que as vezes eles tão com medicação reduzida tu tem que ta pra lá e pra cá.

[...] dependendo da medicação. E os meus quando eu comecei o meu tratamento, fez um ano agora em março, tava também numa crise, de um desses meus remédios, mas daí eu vinha pra cá mesmo duas vezes por semana, eu tinha consulta. Quando eu cheguei aqui, eu cheguei dizendo assim: tava na capa da gaita sabe, eu já pesava 43 quilos, aí meu CD4 tava em 52.

[...] eu aderi ao tratamento ao programa faz mais de 8 anos e eu nunca fiquei sem remédio.

[...] eu também, nunca fiquei em remédio.

[...] o meu também, nunca fiquei sem remédio. Só fiquei sem remédio quando as minhas rebeldias batiam e eu não ia buscar.

[...] Gostei muito do atendimento dele, me examinou e coisa e tal. Me deu um atestado pro SUS, INSS. Não nega, já deixou na pasta, outra, como é que eu vou dizer...

[...] receita?

[...] outra receita porque ó [...] essa aqui vai terminar em tantos meses tu só vai voltar daqui tal mês eu já vou deixar aqui, é só tu chegar aqui e pedir na pasta o receituário, pra ir na farmácia tirar o medicamento.

**Grupo 3:** [...] Me parece assim que há, tipo na farmácia, eu já senti isso que me parece na farmácia tem essa coisa assim de: Há tu não tem a receita, me parece assim que ele não tá, ele não quer saber se tu tem a receita se tu tem a consulta.

[...] é, mas eu acho que não são todos. Não são todos. Vocês são sempre atendido por quem, por mulher ou por homem? Porque o seu [...] ali, se a gente não tem a

receita ele procura saber por que a gente não tem a receita.

[...] há é verdade, esse [...] foi uma pessoa que eu dei falta dele. Ele era bom mesmo.

[...] ele vai [...] se não tem receita, ele sério: Eu vou te dar esse mês, mas assim ó tu procura o teu médico rápido ou ele vai lá e procura na ficha da gente.

[...] por isso que eu disse, essa questão de tu [...] no atendimento, ou seja, que se houvesse essa integração dos funcionários aqui pra ter um atendimento mais ou menos parelho né que fosse assim, eu acho que acolhe melhor os pacientes.

[...] É tem uma moça bem novinha ali que ela não entrega, ela não tem jeito, não vai nem no computador saber, ou ela não vai na tua pasta saber se tu consultou, se não consultou sabe, ela não quer nem saber, mas se chega ali seu [...] ele vai ali procura a tua pasta, ele faz as tuas coisa numa boa, sabe? Eu não sei porque que elas fazem isso.

As atividades voltadas à adesão ao tratamento são os Grupos de Início de Tratamento e de Manutenção do Tratamento ou, em alguns casos, são agendadas consultas individuais. O Grupo de Início é oferecido aos pacientes que iniciarão a terapia com antirretrovirais e ocorre uma vez por semana nos turnos da manhã e da tarde. O agendamento é por demanda espontânea, entretanto o indivíduo que vai iniciar com a terapia medicamentosa é orientado pelo médico, durante a consulta, a participar do grupo. O grupo é coordenado por uma enfermeira, por uma psicóloga e uma odontóloga. No grupo os usuários recebem informações sobre o uso correto da medicação, as possíveis reações adversas, a interação da medicação com alguns alimentos, o desenvolvimento de resistência viral ou perda do efeito da medicação quando não seguirem as prescrições médicas ou deixarem de usar a medicação por algum tempo e a importância da realização de exames de controle.

O Grupo de Manutenção tem livre demanda e é oferecido somente uma vez por semana no turno da manhã. Este grupo é para quem já iniciou com a medicação. É um espaço para troca de experiências, onde cada usuário fala como está se sentindo em relação à medicação. A participação no grupo deveria ser agendada, mas na prática, a enfermeira, no dia e horário do grupo, convida as pessoas que estão na sala de espera aguardando a consulta e alguns acabam participando.

**Grupo 1:** [...] a adesão da medicação, logo que se começa a fazer o tratamento, já é encaminhado direto pra adesão a medicação. [...] Aqui funciona assim, sempre funciona assim. A gente vem pro tratamento já é encaminhado pra adesão a medicação.

[...] no mesmo dia?

[...] é

[...] Eu não fui no mesmo dia não. Eu levei um mês.

[...] Há então tu teve que ser encaixado. Bom mas a gente é encaminhado pra fazer a

adesão à medicação, aí tu é orientado como é que tu faz o uso da medicação.

[...] é.

[...] te ensinam. Tu assiste as palestras, as reuniõezinhas, bom aí se mais a diante tu desistiu de fazer a adequação, o tratamento adequado como te foi ensinado, bom é uma questão tua particular né. Mas a gente é encaminhado, nessa área eu acho que tá, tá bom.

**Grupo 2:** [...] não, é bom também, eu participei poucos mas...

[...] muito bom.

**Grupo 3:** [...] a única participação que eu tive foi no início pra adesão da

medicação, depois... é, o que comer, o que não comer, essas coisas

assim. Uma informação rápida, até.

[...] eu não tive.

[...] é, eu tive bem pouco.

[...] eu também não tive.

[...] eu acho importante se pudesse ser feito isso de repente, isso que a gente tá fazendo agora aqui, se pudesse ser feito em mais vezes, eu acho interessante, às vezes até uma informação, até uma dúvida e não se tem o tempo às vezes na consulta com o médico, às vezes tu acaba, há tu poderia ter perguntado tal coisa e não perguntei, ou se alguém leu alguma coisa ou tem uma informação mesmo e quer tirar uma dúvida que ficou daquilo ali, também não se tem com quem tirar às vezes o médico é muito rápida a consulta.

[...] é. Ele fica muito [...] com a gente, daí a gente fica naquela [...] e a gente acaba esquecendo de perguntar

[...] e quando tu não tem uma [...].

[...] às vezes até o... Até o paciente. De paciente pra paciente, às vezes uma conversa entre pacientes e pacientes poderia até sanar dúvidas.

[...] é, esses espaços aqui é interessante, né.

Os usuários, nos três grupos estudados, manifestaram o interesse em participar de reuniões para falarem entre si e com os profissionais sobre como se sentem com o tratamento, trocarem experiências, falarem sobre o serviço, sobre sua doença, que estratégias utilizam para lidar com o HIV/AIDS, sobre o preconceito, bem como sobre informações diversas. Não consideraram o Grupo de Manutenção como espaço para essas conversas. Solicitaram outros momentos para essa atividade, demonstrando que talvez seja necessário fazer uma melhor divulgação do escopo do Grupo de Manutenção. Segundo as Diretrizes para o Fortalecimento das Ações de Adesão ao Tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS (MS, 2007) a adesão ao tratamento não se reduz simplesmente a uma abordagem medicamentosa, devendo contar com o protagonismo dos usuários, discutir estratégias de enfrentamento das discriminações e preconceitos, reforçar o vínculo com a equipe de saúde, disponibilizar informações e insumos de prevenção, discutir a qualidade na assistência, o acompanhamento clínico-laboratorial, respeitar a singularidade na adequação do tratamento e compartilhar as

decisões relacionadas à saúde, mesmo para pessoas que não fazem uso de terapia anti-retroviral.

**Grupo 1:** [...] sabe o que acontece a gente se exclui.

[...] é.

[...] então, a gente tem que começar a conversar mais entre a gente, então se tivesse um grupo assim mensal, semanal também seria bom colocar.

[...] eu acho.

[...] porque daí nos que estamos com problema, a gente se encontrar [...] a gente conversar sobre o problema.

[...] uma reunião.

[...] não tem [...] foi o que eu [...]

[...] eu e o [...] já tamo calejado, já sabemo né, mas...

[...] eu muitas vezes eu choro em casa.

[...] e é bom, quem ta já com a experiência também trazer pra quem tá começando.

[...] tomo o remédio chorando.

[...] fora o grupo de...

[...] adesão.

[...] de manutenção, o grupo de adesão.

[...] um grupo de apoio àquelas pessoas que nem o GAPA tinha que agora não tem mais nada, o GAPA ta uma tristeza né, hã... uma vez por semana, cada quinze dias, o grupo se reunir aqui e conversar cada um falar das suas experiência. Nós calejado pra quem ta começando.

[...] é, isso é importante.

[...] e quem ta começando que ta com problema sabe., porque aí ajuda a estima de quem ta começando. Eu sei porque a gente é passou por isso até aceitar.

[...] não tô bem ainda.

[...] a gente [...] grupinho até de fazer uma janta né sabe isso é bom pra gente sabe.

**Grupo 3:** [...] então, vê esse trabalho que a gente tá fazendo aqui de reunir, poderia ser numa sala que tivesse uma sala adequada de repente até com as pessoa, até passar essas informações, ou seja. Olha agente tá mudando nosso sistema, a gente tá tentando fazer uma melhoria, talvez até buscar opiniões dos pacientes porque somos nós que vamos usar essa melhoria e prá ver, decidir junto, quem sabe o que melhor fazer pra ser melhor atendido.

Na fala dos usuários fica evidente a pertinência de ouvi-los para saber o que pensam e como se sentem no serviço, pois são eles que fazem uso do serviço e devem também decidir sobre as mudanças que ocorrem. Assim, qualifica a assistência prestada, tanto na forma de organização do serviço, quanto nas práticas profissionais, incluindo o usuário como protagonista nesse processo, respeitando seus direitos de cidadania. Outros estudos também apontam na mesma direção (RAMOS, LIMA, 2003; SOUZA et al, 2011).

No que se refere ao espaço físico do SAT, todos os participantes do estudo reclamaram que é muito pequeno, principalmente a sala de espera, fazendo com que algumas pessoas fiquem no pátio aguardando sua chamada para a consulta. Também referiram a pouca ventilação nesse local. Disseram que deveria ser ampliado o espaço, bem como o número de profissionais para atendê-los. Gostariam que tivessem mais especialidades no SAT para evitar que exponham sua condição de soropositivos ou doentes da AIDS em outros serviços.

**Grupo 1:** [...] Então aqui assim ó, aqui precisa ampliar o espaço.

[...] espaço físico.

**Grupo 2:** [...] da sala, ali o espaço?

[...] é antiga.

[...] a sala é pequena, né. Um monte de pessoas, como tava dizendo agora. Ela veio gripada pra cá. Outros ali têm outros problema também. Aí fica todo mundo numa salinha só ali, amontoado. Ainda quando tá o tempo assim ó eu espero lá no pátio, porque eu sei que alguém vai gritar o meu nome ne e eu fico toda hora cuidando e papapá, sou prestativa, não fico perturbando, mas e o dia de chuva? Vai ficar naquela área ali onde a gente fica sentada ali com o vento batendo?

**Grupo 3:** [...] o ambiente aqui, a sala de espera que eu acho ali que eu tenho verificado que poderia ser melhor, mais ampla. Eu vejo que o pessoal fica muito disperso, não tem às vezes tu quer reunir, já vi outras tentativa de pesquisa ali e o local fica disperso tu tem que correr atrás da pessoa, do paciente, eu acho que se tivesse uma sala melhor, mais ampla há... Mais organizado ali tivesse acho que mais locais pro pessoal ficar sentado ali, ficaria bem, melhor.

[...] porque às vezes tem um problema, às vezes chega alguns pacientes que tem tuberculose ou alguma outra coisa assim. Aí fica todo mundo junto, assim. Fica todo mundo no mesmo espaço.

[...] muito fechado.

[...] aí tinha que ter uma coisa até mais ventilado.

[...] é acho que até por essas questões de como há o acúmulo de pessoas, as pessoas mesmo já querem se dispersar pra não ficar muito [...].

[...] e a sala não oferece isso ela é pequena, a sala. Até o profissional que tem que chamar ali ele tem que sair da sala, ele tem que circular, às vezes ele vai lá fora chamar o paciente porque não há uma sala adequada pra espera.

[...] é e nem sempre o profissional vai lá fora chamar, ele chega ali, ele chama o paciente ali naquele espaço ali e pra chamar uma, duas vezes [...] chamar, ele chama outro paciente, isso já deu pra perceber.

Sobre o preconceito, outra categoria que surgiu durante a análise do material, em todos os grupos foi referido que está presente no cotidiano dos usuários e demonstra a necessidade de se pensar estratégias no serviço para lidar com o mesmo. Assim como referiram que o preconceito já parte deles próprios, quando evitam falar, entre eles, na sala de espera, de sua condição de soropositivos, também interfere nos locais de trabalho o fato de necessitarem faltar para consultas, por vezes frequentes, dependendo do caso. Ou até mesmo por

precisarem apresentar atestados, comprometendo o sigilo sobre sua doença. Sugeriram que este assunto fosse abordado em atividades de sala de espera. Garrido (2007) indica o estímulo imediato dessas intervenções nos serviços de saúde para minorar o efeito do estigma e da discriminação, cotidianamente encontrados no ambiente de trabalho. Outro aspecto levantado nos grupos sobre esta questão é a percepção de que alguns funcionários são preconceituosos, reforçando a necessidade de se capacitar o pessoal para trabalhar no serviço.

Os usuários falaram que entendem que os profissionais devem ir a congressos, a cursos, para se aprimorar, qualificando mais o atendimento. Porém, precisam ter substitutos para que as consultas não sejam interrompidas durante esses períodos.

### 2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O estudo foi realizado com usuários adultos do SAT. O universo empírico da investigação qualitativa foi selecionado por conveniência. Para identificar os participantes do grupo, a pesquisadora se preocupou com o aprofundamento, a abrangência e a compreensão do grupo em estudo numa tentativa de que a amostra refletisse a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo. Portanto, o convite aos usuários para a participação no grupo foi feito no SAT quando estavam fazendo uso do serviço. Nesse momento foi explicado que se tratava de um estudo, que seria uma atividade em grupo, com previsão de uma hora de duração até duas horas. Também foi garantida a confidencialidade do material obtido e que ele seria usado exclusivamente para a pesquisa.

Para identificar tendências e padrões na percepção do foco do estudo, as discussões foram conduzidas com encontros com 3 grupos de, no mínimo, 6 pessoas cada um (7, 6 e 6 pessoas, respectivamente). Dos dezenove participantes onze eram homens. O mais novo tinha 29 anos e o mais velho 59, sendo que a idade de grande parte dos participantes variou entre 40 e 49 anos. Eram residentes nos municípios de Porto Alegre, Viamão, Canoas, Charqueadas e Cristal. Cada encontro foi gravado e transcrito após sua realização, iniciando-se o processo de análise por identificação de emergentes grupais.

## 2.4 TÉCNICA DE PESQUISA

Foi utilizada a técnica de grupo focal, que pode ser definido como um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos, ou seja, onde os participantes apresentam certas características em comum que estão associadas ao tópico que está sendo pesquisado. Tem por objetivo obter informações, aprofundando a interação entre os participantes, a fim de captar as diferentes visões sobre um mesmo tema ou entender em profundidade um comportamento dentro de um grupo determinado (VICTORA, 2000). Essa técnica fundamenta-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos (MINAYO, 2008). A técnica se desenvolveu mediante um roteiro que foi do geral ao específico, em ambiente não-diretivo, sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista coletivo e individual. A coordenadora dos grupos foi a pesquisadora deste estudo. A moderadora contou com uma relatora/observadora para anotar os acontecimentos de maior interesse e auxiliar na observação da comunicação não verbal. Cada grupo teve uma relatora/observadora diferente.

Os grupos foram realizados no SAT, na sala de grupos, que é especialmente organizada com ar-condicionado e bancos, possibilitando que os participantes se dispusessem em círculo, de forma confortável, reservada e sem interrupções.

No dia marcado para o grupo, cada sujeito recebeu, individualmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que foi lido e assinado em duas vias, ficando uma com ele e outra com a pesquisadora, concordando em participar da pesquisa. Após acolher os participantes para iniciar a atividade em grupo, a moderadora apresentou-se e também a relatora/observadora. Fez a exposição dos objetivos do estudo e do grupo de forma rápida e genérica, explicando o funcionamento do grupo. Foi solicitada a concordância dos participantes de que fosse respeitada a confidencialidade e que a atividade seria gravada.

Ao iniciar propriamente a atividade do grupo, a moderadora falou sobre a importância de se saber o que os usuários pensam do serviço ao qual estão vinculados, pedindo que falassem livremente sobre como se sentem quando estão no serviço, que dificuldades e facilidades encontram, que qualidades percebem e que críticas teriam a fazer. A moderadora se preocupou em adotar a técnica de estranhamento, ou seja, de assumir postura investigativa frente a um mundo aparentemente conhecido e ordinário. No momento que a coordenação

percebeu que o grupo se investiu do propósito de falar sobre o serviço, indicou o rumo das questões centrais do estudo:

- a) Como é o atendimento no serviço?
- b) O que os deixa satisfeitos?
- c) O que os deixa insatisfeitos?

A coordenação do grupo buscou estimulá-los a falar sobre diferentes etapas ou atividades inerentes ao atendimento no serviço, como:

- a) o acolhimento e o acesso ao serviço;
- b) os horários, as rotinas e os prazos de agendamento de consultas;
- c) o atendimento, as orientações e aconselhamentos, as atividades de adesão e a comunicação serviço-usuário-comunidade;
- d) a infra-estrutura básica, os medicamentos, exames, atendimentos complementares (referências);
- e) a atualização dos profissionais.

A moderadora não corrigiu, julgou ou indicou o rumo adequado, mas zelou para que o grupo se mantivesse no tema, propondo questões complementares ou recolocando as questões sempre que houve dispersão ou interrupção. Também zelou para que ninguém do grupo assumisse o papel de censura às idéias dos demais, ligando este cuidado à preocupação de conhecer o material emergente da discussão em seu conjunto, sem necessidade do grupo chegar a um veredicto. Ao final de cada grupo foi oferecido um lanche aos participantes.



### 3 CONTEXTO DOS GRUPOS

#### 3.1 GRUPO FOCAL 1

Para fazer a pesquisa era necessário convidar os usuários do SAT para participarem de um grupo focal. Então, no dia 9 de março, uma quarta-feira à tarde, a pesquisadora foi até a sala de espera do SAT, a qual tinha 7 pessoas e convidou-as para o grupo, pensando em marcar uma data para virem. Quando começou a falar da pesquisa, alguns ficaram atentos e outros desviaram o olhar. Explicando do que se tratava e como seria, eles sugeriram que seria mais fácil conseguir que participassem se fosse no dia em que já estivessem lá, pois das 7 pessoas, 3 eram do interior - vinham com a van do município para consultar (alguns moram a +/- 100 Km de Porto Alegre) e ficavam bastante tempo esperando que a van viesse buscar e também não poderiam vir novamente em pouco tempo. Os outros 3 (1 era acompanhante) falaram que teriam que trabalhar e não poderiam estar se ausentando do serviço com frequência (naquele dia já estavam faltando para consultar). Sugeriram que fosse feito o grupo antes das consultas, enquanto aguardavam ser chamados. O interessante é que apesar de alguns demonstrarem certa resistência em participar, depois que se começou a conversar sobre como poderia estar convidando os usuários, já queriam dar a sua opinião sobre o que acham do serviço e todos reclamaram da marcação da consulta que agora é só no dia 25 de cada mês.

Consultando as agendas dos profissionais para aquela semana (5ª feira e 6ª feira) pensou-se em fazer o grupo na 6ª feira que teriam 27 pacientes agendados. Na 5ª feira foi falado com a Clarice, colega de mestrado da pesquisadora, que também faria grupo focal no seu estudo e ficou combinado tentar na 6ª-feira pela manhã. A Clarice foi a relatora/observadora.

Na 6ª feira a pesquisadora e a relatora chegaram juntas no SAT, às 07h50min, antes do serviço abrir e já foram avisando aos funcionários que seria feita a pesquisa (já haviam sido avisados sobre o estudo). A sala de grupos foi arrumada com os 3 gravadores, um lanche para o final do grupo, os TCLE e um cartaz na porta para não ser interrompido. A pesquisadora foi para a sala de espera e começou a convidar as pessoas que lá estavam. Dois usuários concordaram na hora, um estava com a esposa que também teria consulta, porém outro faria um procedimento e ficou de retornar para fazer o grupo se desse tempo. Duas mulheres não quiseram participar de forma alguma. Uma outra disse que não estava se sentindo bem,

começou a falar sobre a sua doença, mas que até começar o grupo talvez participasse; ela estava com acompanhante. Foi falado com outras 2 mulheres e uma era a mãe da paciente. A mãe estava com muita vontade de participar para falar do serviço todo, mas a filha não quis participar. Um homem falou que iria consultar e ir para o trabalho, não podendo ficar. Também foram convidados os usuários que vinham retirar a medicação na farmácia. Um usuário concordou na hora, ele era do interior e após pegar seus remédios já foi para a sala de grupos.

O tempo foi passando, já tinham 5 e faltava a 6ª pessoa.

Quando finalmente se conseguiu os 6 participantes, um desistiu na hora em que começaria. A pesquisadora foi atrás de outro que conseguiu com certa facilidade. Um casal que iria consultar. Na hora de começar outra pessoa desistiu por estar esperando demais, mas se comprometeu a vir outro dia se fosse marcado com ela por telefone. Já haviam sido convidadas outras pessoas para participar com data marcada, deixando seus telefones para agendar. Alguns, ao serem convidados, falaram que viriam outro dia, pois para fazer o grupo na hora em que foram convidados não poderiam. Então, resolveu-se fazer das 2 formas.

Foi unanimidade a reclamação do dia de marcação de consulta por todas as pessoas convidadas para o grupo. Mesmo as pessoas que não quiseram ou não puderam participar queriam dar a sua opinião sobre o funcionamento do serviço na hora em que estavam sendo convidadas.

A porta foi fechada e começou o grupo assim que todos assinaram o TCLE.

Os que ainda não tinham consultado tinham uma anotação na frente do prontuário de que estavam participando da pesquisa.

Eram 7 participantes. Um casal de Porto Alegre, um casal da região metropolitana, o paciente que fez o procedimento e voltou (de Porto Alegre), uma usuária de Porto Alegre que estava aguardando consulta e um homem que veio buscar medicamento e era do interior.

Todos já haviam se apresentado e a pesquisadora explicou o funcionamento do grupo. As pessoas começaram a falar facilmente, como se eles só estivessem esperando uma oportunidade para tal.

O tempo passou rápido, todos participando, uns mais, outros menos, apesar de que muitas vezes os que não falavam concordavam com a cabeça sobre o que estava sendo dito. O grupo durou uma hora e todos gostaram muito de participar desta experiência. Inclusive sugeriram que tivesse um espaço no SAT para isso - falarem do serviço e suas experiências e sentimentos - diferente dos grupos de adesão. Falaram sobre todos os tópicos do roteiro, alguns com mais ênfase, outros de forma superficial (sem problemas no funcionamento).

O participante que começou falando, disse da dificuldade que sente, pelo preconceito da doença (no seu serviço não sabem), em vir ao SAT, pois falta ao serviço. Não quer nem apresentar atestado para não saberem. Falaram sobre preconceito livremente e depois falaram sobre a marcação de consulta. Todos reclamaram de ser dia único para marcar (dia 25 de cada mês). Têm dificuldade em conseguir consulta, pois têm que vir muito cedo e, muitas vezes, às 9:30h as agendas já estão completas. A outra forma de marcação é por telefone. As pessoas ficam o dia todo tentando e dá sempre ocupado. Quem é do interior só pode marcar assim, pois é inviável viajar só para agendar consulta. Quando conseguem ser atendidos as agendas já estão fechadas.

Falaram que deveria aumentar o número de médicos. Também sugeriram que seja feita triagem, pois muitos vêm marcar consulta, outros vêm consultar, outros têm outras demandas e fica um tumulto na recepção e sala de espera. Também para facilitar a vida de quem mora longe, pois têm que vir muito cedo - às vezes viajam mais de 100 km e não conseguem consultar (foi o caso de um paciente em que o médico foi a um congresso e não desmarcaram a agenda dele). Falaram novamente do preconceito da doença, mas sobre o preconceito que existe nos funcionários do serviço. Também da falta de respeito de alguns para com os pacientes. Falaram bastante do problema da marcação de consulta - “está terrível”. Deveria ser mais prática e também haver responsabilização dos funcionários, pois quem fica na “linha de frente” é o vigilante (que não é sua função). Os funcionários “desaparecem” na hora da confusão. Tem que ser melhor organizada. Alguns desistem pela dificuldade de acesso e funcionamento. Deveria haver uma central de atendimento para agendamento. A recepção deve ser melhorada. Falaram da necessidade de ampliação do espaço físico para atender a todos que circulam pelo SAT. Também tem que aumentar a equipe para dar conta da demanda. Disseram que se sentem bem no SAT, gostam do serviço e preferem todos os atendimentos lá mesmo. Evitam procurar outros serviços para atendimento. Falaram que a parte administrativa deve ser ampliada e os funcionários devem ser mais bem capacitados para atendê-los, pois melhora a adesão. A maioria foi bem informada sobre a sua doença e

tratamento, os efeitos adversos dos antirretrovirais, um só foi devidamente orientado 1 mês depois de iniciar os ARV. Este é mais novo no serviço. Os outros já estão se tratando há anos. Um falou que já passou por todos os serviços de Porto Alegre e no SAT é melhor, apesar de que em épocas anteriores já foi bem melhor.

Ao chegarem tinham seus sinais vitais verificados, se sentiam mais acolhidos e cuidados. Também dizem que deveria aumentar o número de funcionários na enfermagem. Falaram que a demanda aumentou no serviço e diminuiu o número de médicos, mas que algo tem que ser feito. Falaram nos gestores que têm que se sensibilizar para este problema. Falaram da odontologia que às vezes tem e às vezes não tem. Assim como psiquiatra. Sentem falta deste profissional, pois precisam muito, porque “é um baque” na vida das pessoas ter o diagnóstico de HIV e AIDS. Falaram que quando começaram as reformas no espaço físico (pinturas, colocação de bancos, plantas,...) esperaram que também atingisse os funcionários, principalmente na parte administrativa. Não sabem quem coordena o serviço. Quanto aos exames, melhorou muito porque agora é feito ali mesmo no hospital. Antes tinham que ir a outro lugar coletar e depois trazer.

Finalizam falando que gostaram muito de conversar sobre o serviço e sugeriram um grupo de apoio para conversar, com frequência semanal ou mensal. Todos participaram do lanche que foi oferecido no final.

Quando todos saíram da sala os bilhetes dos prontuários foram retirados e foi avisado que o grupo tinha terminado. Também já havia acabado a manhã!

### 3.2 GRUPO FOCAL 2

Após a realização do primeiro grupo focal iniciou-se a transcrição do mesmo e a preparação para a realização do segundo grupo. As agendas foram consultadas para ver o dia em que estariam circulando mais pessoas por ali. Na parte da manhã tem mais profissionais atendendo do que à tarde. Nas segundas-feiras, em razão da reunião de equipe, são marcadas menos consultas. Também é um dos dias em que a pesquisadora atende lá, além de quinta-feira pela manhã e quarta-feira de tarde. Os dias que tem maior movimento são quinta-feira e sexta-feira pela manhã e quarta-feira à tarde. Nos outros turnos e dias tem pessoas circulando

pelo serviço, mas são poucas as pessoas que ficam na sala de espera. Muitos pegam seus medicamentos antirretrovirais e se vão.

Organizar um grupo focal requer planejamento minucioso de todos os passos necessários para a sua realização: preparar a sala com os gravadores, de forma que todos se sintam confortáveis, avisar os funcionários para não ser interrompida, providenciar TCLE em duas vias com carbono e suficientes (prevendo mais do que o número de participantes - no primeiro grupo alguns erraram o preenchimento e teve desistência na hora de começar e já havia preenchido o termo), convidar as pessoas para participarem (a parte mais difícil), colocar bilhetes nos prontuários dos profissionais avisando que o paciente estava em pesquisa (nos casos em que o usuário ainda não tivesse consultado), colocar aviso na porta para não interromperem, providenciar um lanche para oferecer no final do grupo, após o término do grupo avisar os profissionais de que os pacientes estavam liberados.

Observando as agendas percebeu-se que nas sextas-feiras teria melhores chances de conseguir os participantes para o estudo. Mesmo assim estava preparada para realizar em qualquer dia. Já havia sido convidada uma colega para auxiliar como relatora/observadora, pois pretendia-se convidar os usuários quando estivessem circulando pelo serviço e se fosse conseguido o número necessário de participantes, o grupo seria feito a qualquer momento. Por várias vezes as pessoas que estavam fazendo uso do serviço foram convidadas, mas não conseguiu-se o número mínimo. Algumas pessoas forneceram o número de seus telefones para estar agendando em outro momento, mesmo sendo percebido que uns iriam recusar quando ligasse.

Já estava no final do mês de março e não havia sido feito o segundo grupo. Começou o mês de abril então se decidiu que a pesquisadora deveria ser mais insistente e persuasiva ao convidar os usuários. Olhando insistentemente as agendas foi marcado o dia para fazer o grupo. Foi tentado contato com as pessoas que tinham fornecido seus telefones para convidá-las. Somente um homem se prontificou a vir no dia marcado, mas salientou que tinha dificuldade em conseguir passagem de ônibus, já que ainda não tinha o TRI (cartão de passagens de ônibus). Foi garantido que se conseguisse vir seria ressarcido para poder participar do estudo.

No dia marcado, oito de abril, a pesquisadora chegou novamente antes de o serviço abrir, arrumou a sala, colocou os gravadores, desta vez seriam dois, separou o lanche (suco e

bolachas), fez o cartaz da porta para não ser interrompido o grupo, deixou os TCLE em cima da mesa, fez os bilhetes para colocar nos prontuários, avisou os funcionários que faria a pesquisa e foi para a sala de espera convidar as pessoas que estavam chegando para consultar ou buscar medicamentos.

Havia em torno de seis pessoas na sala de espera que é bem pequena e umas cinco pessoas no pátio (onde tem uns bancos ao lado da porta do SAT). Foi falado inicialmente com os usuários que estavam lá dentro. Convidados a participarem, um ou dois se interessaram, outros desviaram o olhar e duas mulheres já disseram que não poderiam participar, pois após a consulta teriam que ir para o trabalho. Uma usuária concordou prontamente, dizendo que achava importante falar sobre o serviço. Em torno de oito e meia da manhã, na parte externa do SAT, a maioria das pessoas ali presentes eram homens. Novamente foi feito o convite para o estudo. Em princípio ninguém se manifestou, então foi falado sobre a importância de saber o que eles pensam, como se sentem e como avaliam o serviço que utilizam. Um usuário concordou em participar. Dois eram acompanhantes e as outras duas pessoas se recusaram.

Pretendia-se iniciar o grupo às nove e meia e só tinham duas pessoas para o grupo. Telefonou-se para o usuário que disse que viria para confirmar sua presença. Ele se desculpou, mas não tinha conseguido dinheiro da passagem para vir ao SAT. Insistiu para que ligasse novamente se fosse fazer outro grupo, pois tentaria vir se pudesse. Conseguiu-se o telefone de duas pessoas para chamar em outro dia também. Os sujeitos que vinham na farmácia tinham pressa para ir trabalhar, mas conseguiu-se mais um participante. Havia uma senhora em cadeira de rodas que estava com seu filho como acompanhante que também aceitou fazer o grupo (o filho não gostou que ela aceitou). Nesse meio tempo chegou um usuário para consultar e foi informado que a sua consulta tinha sido cancelada e não lhe avisaram. Ele também tinha aplicação de interferon em outro ambulatório do hospital e foi convidado. Prontamente aceitou e combinou-se que após sua aplicação, ele e sua esposa retornariam ao SAT para fazerem parte do grupo, se o mesmo ainda não tivesse iniciado. A relatora chegou e foi para a sala de grupos. Ao refazer-se o convite na sala de espera, um homem aceitou na hora e já foi encaminhado para a sala. Também se conseguiu a concordância de um rapaz que esperava para consultar. Havia três mulheres, mas eram mães que estavam com suas crianças para consultar com a pediatra. Outra senhora concordou meio relutante, pois disse não estar se sentindo bem. Combinou-se que se até o grupo começar ela se sentisse em condições, participaria e que poderia sair a qualquer momento se assim o desejasse.

Os usuários se encaminharam para a sala de grupos para já ir preenchendo os TCLE enquanto eram colocados nos prontuários os bilhetes para os profissionais saberem que estavam participando do estudo e que deveriam ser chamados assim que terminasse o grupo.

Quando finalmente o grupo iria começar, um rapaz desistiu. O casal que tinha ficado de voltar após a aplicação de interferon retornou! Então, às dez e meia começou o segundo grupo! O que se percebeu é que as pessoas não precisam de muito estímulo para começar a falar sobre o serviço. Aproveitam as oportunidades que surgem. Também demonstraram interesse pela pesquisa. Iniciaram falando sobre a dificuldade de ter atendimento com psiquiatra e que moram longe, em outras cidades. Relataram o bom atendimento médico em geral e dos demais profissionais da equipe, porém não estão satisfeitos com os recursos do SAT. Todos falaram da insatisfação para marcação de consultas, tanto pessoalmente como por telefone. Todos relataram a desorganização do serviço em relação à marcação: não conseguir marcar por telefone e ter que vir de madrugada para conseguir uma consulta, além de sentirem desrespeitados porque estão doentes e não conseguem ficar em filas. Todos referem piora do serviço de uns meses para cá. Uma usuária falou da importância de ter clareza nos atendimentos, em relação aos motivos de não atendimentos, medicamentos. Outro usuário relatou que estava sem consulta há três meses, sentindo-se desamparado em relação ao serviço. Todos sabem sobre o SUS, que são cobrados impostos para se ter saúde gratuita. Mas queixaram-se dos serviços não funcionarem direito. Disseram saber que é uma questão de gestão, da administração do SUS.

A senhora que se sentia mal se retirou. Sobre o SAT falaram que não conseguem marcar as consultas (dificuldade em agendar e estão reduzidas), demonstraram satisfação com os profissionais, referiram piora no sistema de dezembro para cá, os horários são cumpridos, o prédio pequeno faz com que esperem ser chamados na rua, normalmente tem medicação. Também falaram da necessidade de médicos especialistas, como pneumologistas e psiquiatras. Queixaram-se que às vezes têm dificuldade em realizar exames por estar o aparelho de R-X estragado. Outro participante solicitou sua retirada em virtude de compromisso, sendo já no final do grupo. Foi servido o lanche, momento de maior descontração, quando se deu uma discussão sobre a AIDS e doenças em geral.

Encerrado o grupo, agradeceu-se a participação de todos e eles disseram que se sentiram muito bem falando sobre o serviço. Foram retirados os bilhetes dos prontuários e

avisado que o grupo terminou. Para a realização de um grupo de uma hora é necessária uma manhã inteira, pois até acabar tudo já era meio-dia.

### 3.3 GRUPO FOCAL 3

Já estava entrando no mês de maio! Resolveu-se pedir ajuda para algumas colegas para convidar os usuários. Decidiu-se que o grupo seria feito até o final da primeira semana do mês. Consultando as agendas e observou-se que na sexta-feira seria mais viável a realização. Telefonou-se para as pessoas que haviam fornecido seus telefones para avisar o dia do grupo e verificar se poderiam participar. De todos, a maioria disse não poder comparecer no dia marcado (parece que por telefone é mais fácil dizer não). Em alguns casos não se conseguiu completar a ligação ou deu a mensagem de que o número não existe. Somente um aceitou prontamente - aquele que tinha dificuldade em vir por causa da passagem de ônibus - dizendo que viria.

No dia marcado, seis de maio, a pesquisadora chegou antes do serviço abrir para organizar a sala e tudo o que envolve a realização de um grupo focal. Havia sido combinado com três profissionais do HSP para ficarem entre o pátio, a sala de espera e a farmácia convidando as pessoas que por ali circulavam. Pretendia-se começar o grupo às nove e meia. O paciente que veio só para a pesquisa chegou às oito e trinta. Já haviam sido convidados os usuários que chegaram cedo para consultar ou buscar medicamentos e uma pessoa tinha aceitado. As três profissionais que vieram ajudar (duas terapeutas ocupacionais e uma enfermeira) chegaram às nove horas e já começaram a falar com as pessoas. Os convidados começaram a entrar na sala, um atrás do outro! Como ainda faltava pelo menos mais um para começar o grupo, a pesquisadora foi até a sala de espera e um usuário que estava em dúvida se participaria resolveu aceitar. Pronto! Fechada a sala, foi falado da pesquisa e o funcionamento do grupo, todos preencheram e assinaram o TCLE, os dois gravadores foram ligados e começou o grupo. O primeiro a falar iniciou relatando suas insatisfações com as informações, com a marcação de consulta, com o atendimento grosseiro de uma funcionária da farmácia, com o atraso dos médicos, a rapidez da consulta e disse também que “marcar consulta virou loteria”. Quando alguém falava da marcação de consulta todos se manifestavam insatisfeitos. Disseram que quando chega dia 25 em diante ficou difícil marcar por telefone. Talvez esteja faltando pessoal ou telefones. A sala de espera é pequena, as pessoas ficam dispersas e

desorganizadas. Deveria ter maior circulação de ar. O pessoal que fica disperso na rua às vezes não ouve a chamada e daí chamam outro. Quanto aos exames, às vezes dá desencontro, o resultado não é encontrado na pasta. O atendimento, a marcação está difícil, pois chegam às oito horas e saem às doze horas. Disseram que só marcam por telefone, mas não atendem ao telefone, chama, chama e ninguém atende. Disseram que as mudanças só pioraram o serviço. Antes se saía do consultório já com a próxima consulta marcada. Um participante relatou que uma secretária já mentiu dizendo que o médico já tinha ido embora e não era verdade. Quanto aos profissionais, não têm substitutos, pois quando tiram férias ou licença, os pacientes também têm que tirar. Quanto ao telefone deveria voltar como era antes. Mudaram as coisas e ninguém explicou nada. Só pode ficar doente ou morrer depois do dia 25 de cada mês. Outro paciente falou que ligou 42 vezes para ser atendido. Sugeriram: quem sabe decidir juntos as mudanças... dificuldade também em conseguir consulta com outros especialistas (otorrinolaringologista, traumatologista, ...) e é demorado.

Falaram novamente que faltam médicos para substituir. Pediram outros espaços para eles mesmos conversarem entre eles. Falaram que nunca participaram dos grupos de manutenção do tratamento (grupos de adesão). Se aparece outro problema (ex. aumento de colesterol) o médico daqui não trata. Daí vai ao clínico lá fora e ele não pode prescrever porque pede para o paciente voltar no médico do HIV.

Sobre preconceito disseram que os próprios pacientes têm um distanciamento entre eles, porque convivem com o preconceito lá fora. Estão satisfeitos com o acesso, com condução próxima. Falaram que na recepção a senhora atende bem, mas a baixinha atende mal. Consideram importante haver um local onde as informações ficassem à disposição dos pacientes, tratando sobre vários assuntos (novidades, vacinas,...). Por exemplo, vacina H1N1 deveria ser feita no SAT para manter a privacidade. Se não têm que se expor nos outros locais. “Na verdade a gente vem aqui pensando em ir logo embora. Quanto menos ficar aqui melhor, a consulta deve ser o mais rápida possível”. Se forem vistos circulando no serviço, ficam expostos.

Sugeriram também que sejam disponibilizadas embalagens para preservar e não aparecer o monte de medicamentos que se leva. A farmácia fornece sacolas transparentes. Quanto à prevenção, já houve campanhas melhores. Atualmente está um pouco de lado...

“O maior problema agora é as consulta. Tem que melhorar!!!”

“O que se pode comer, o que se pode beber... é bom participar dos grupos porque se troca informações”.

Este grupo durou em torno de uma hora, ao final do qual foi servido um lanche. Agradeceu-se pela participação de todos e eles também disseram que se sentiram gratos pela oportunidade de poder estar falando do SAT. Percebeu-se que se sentiram valorizados e respeitados.

Os profissionais foram avisados que tinha terminado o grupo, o usuário que veio especialmente para participar da pesquisa foi ressarcido com a passagem de ônibus e agradeceu-se a colaboração das colegas para convidar os participantes.

O próximo passo foi fazer a transcrição. Em todos os grupos os usuários enfatizaram que o serviço é bom, que se sentem bem no SAT, apesar de que já foi muito melhor. Se comparado com outros serviços ainda preferem o SAT. O que está muito difícil é a marcação das consultas com os médicos, inclusive comprometendo a adesão ao tratamento. Também todos falaram do espaço pequeno da sala de espera, da necessidade de capacitação dos funcionários para atenderem ali e enfatizaram a falta de comunicação, de informação sobre as mudanças ocorridas. Trouxeram sugestões interessantes para melhorar o dia-a-dia deles no serviço.

#### 4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A análise de uma pesquisa qualitativa visa “penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade” (MINAYO, 2010, p. 299). As informações obtidas por meio dos grupos focais foram organizadas e classificadas por temas. Segundo Bardin (2010) a análise temática é uma modalidade de análise de conteúdo. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que organiza o conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo de forma objetiva, sistemática e quantitativa, buscando interpretar seus significados. Para tanto, avalia a regularidade e a frequência de temas comuns nas falas de diferentes sujeitos. A análise temática salienta que o tema é a unidade de significação e que a presença de determinados temas determina categorias de relevância. A identificação das categorias permite a realização de interpretações interrelacionando-as com o marco teórico conceitual definido no projeto. A fase de análise das informações iniciou a partir da transcrição dos três grupos focais na íntegra. Após a transcrição, os passos foram os seguintes:

- a) leitura vertical de cada grupo;
- b) organização e numeração das respostas segundo as categorias do roteiro dos grupos, estipulado no projeto de pesquisa e, ainda, aquelas que surgiram a partir do trabalho de campo;
- c) seleção de trechos dentro de cada resposta;
- d) confecção de quadros comparativos dos emergentes entre os diferentes grupos e o QUALIAIDS;
- e) leitura horizontal dos emergentes grupais;
- f) organização e criação das categorias dentro de cada eixo temático;
- g) análise e discussão dos resultados.

Para ilustrar melhor, o quadro abaixo mostra os eixos temáticos e as categorias.

**Quadro 1 - Eixos Temáticos e Categorias**

Eixo Temático	Categoria
Assistência	Orientações e Aconselhamento
	Acolhimento
	Organização e rotina geral da assistência de enfermagem
	Organização e rotinas da assistência médica
	Organização e rotinas da assistência de outros profissionais
	Organização geral do trabalho
	Atividades específicas de adesão ao tratamento
	Preconceito
Gerência	Registros, Avaliação, Monitoramento e Planejamento
	Atualização dos profissionais
	Coordenação do trabalho
	Comunicação e interação Serviço-Usuários-Comunidade
	Gestor/Setor Saúde
Recursos	Acesso
	Infra-estrutura básica
	Recursos humanos
	Medicamentos, Exames e Referências

Por fim, foi confeccionado um artigo apresentando e discutindo os resultados deste estudo.

## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (conforme anexo do projeto) foi assinado em duas vias, ficando uma de posse da pesquisadora e outra de posse do entrevistado. Antes de todas as entrevistas o TCLE foi lido pela pesquisadora ou relatora. As dúvidas e perguntas foram sendo esclarecidas sempre na medida em que iam surgindo.



## REFERÊNCIAS

GARRIDO, Pedro B et al. HIV/Aids, estigma e desemprego. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, supl. 2, p. 72-79. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

BRSIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Fortalecimento das Ações de Adesão ao Tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS**. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_tratamento\\_aids.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_tratamento_aids.pdf)>. Acesso em: 28 jul. 2011.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, 2003.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.24, sup. 1, p.S100-S110, 2008.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; ABRASCO, 2007.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.



**ARTIGO CIENTÍFICO**



## AVALIAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE EM HIV/AIDS:

### A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

Laura Olinto Dossena<sup>1</sup>

Nêmora Tregnago Barcellos<sup>2</sup>

Rogério Lessa Horta<sup>3</sup>

**Resumo** Este estudo consistiu na avaliação, por um grupo de usuários, de um serviço de assistência especializada em HIV/AIDS em Porto Alegre, RS, relacionando as percepções do grupo com as dimensões do questionário eletrônico de avaliação do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais - QUALIAIDS, na perspectiva da integralidade e da humanização. Para tratamento dos dados utilizou-se a técnica de grupo focal e análise temática. Nos resultados, evidenciou-se a importância dos elementos acolhimento e acesso na avaliação do serviço feita pelos usuários, influenciando o estabelecimento de vínculo, a adesão ao tratamento e a preferência pelo serviço. Foi constatada a satisfação do usuário no uso do serviço. A pressão da crescente demanda interfere negativamente na relação usuário-serviço. A organização de práticas em saúde, bem como estudos aprofundados sobre o tema, são necessários para atenuar o preconceito de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Este trabalho mostra a pertinência de considerar a participação do usuário nas avaliações de serviços de saúde para a qualificação da assistência.

**Palavras-chave:** Instituições de Saúde, Recursos Humanos e Serviços. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

---

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Centro de Ciências da Saúde. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. [lauradossena@gmail.com](mailto:lauradossena@gmail.com)

<sup>2</sup> Professora e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Centro de Ciências da Saúde. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: [nemoratb@gmail.com](mailto:nemoratb@gmail.com).

<sup>3</sup> Professor e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Centro de Ciências da Saúde. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: [rogeriohorta@prontamente.com.br](mailto:rogeriohorta@prontamente.com.br). Correspondência: Av. UNISINOS, 950. Caixa Postal 275. Curso de Mestrado em Saúde Coletiva. CEP: 93022-000. São Leopoldo/RS, Brasil.

**REFERÊNCIAS**

1. UNAIDS. The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010 [internet]. [Citado em 18 jun. 2011]. Disponível em: <http://www.unaids.org>.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico AIDS/DST 2010 [internet]. [Citado em 18 jun. 2011]. Disponível em: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br).
3. Greco DB, Simão, M. A política brasileira de acesso universal ao tratamento da AIDS: desafios da sustentabilidade e perspectivas. AIDS 2007, 21 (supl 4): S37–S45.
4. QUALIAIDS: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em AIDS no SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
5. Furtado JP. Avaliação de programas e serviços. In: Campos GW de S et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
6. Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: Hartz ZM de A; Vieira-da-Silva LM (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
7. Mercado FJ, Bosi MLM. Avaliação não tradicional de programas de saúde: anotações introdutórias. In: Bosi MLM, Mercado FJ (org.). Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
8. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: Bosi MLM, Mercado FJ (org.). Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
9. Pinheiro R; Martins PHN. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: Pinheiro R, Martins PHN (org.). Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Ed. Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.
10. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA de (org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2007.

11. Pinheiro R, Guizardi, FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos, RA de (org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.
12. Heckert ALC; Passos E, Barros MEB de. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface*, Botucatu, 2010. Acesso em: 13 mar. 2010.
13. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 561-71.
14. Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 2005 mar/ago; 9(17): 389-406.
15. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 585-97.
16. Teixiera RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA de (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2007.
17. Victora CG, Knauth DR, Hassen M de NA. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
18. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2010.
19. Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cad. Saúde Pública*, 2005.
20. Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o Fortalecimento das Ações de Adesão ao Tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS*. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_tratamento\\_aids.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_tratamento_aids.pdf)>. Acesso em: 28 jul. 2011.
21. Ramos DD, Lima MAD da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2003 fev.; 19(1).
22. Souza ECF de et al . Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2008, 24 Sup 1:S100-S110.

23. Garrido PB et al. HIV/Aids, estigma e desemprego. Rev Saúde Pública 2007, 41(Supl. 2): 72-9.
24. Mishima SM. A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde - o caso do Programa de Saúde da Família. [tese]. [Ribeirão Preto]: Universidade de São Paulo; 2003. 153p.

## **HEALTH SERVICES EVALUATION IN HIV / AIDS:**

### **THE USER'S' PERSPECTIVE**

**Abstract** This study was the assessment by a group of users, a service facility specializing in HIV / AIDS in Porto Alegre, RS, relating the perceptions of the group with the dimensions of the electronic questionnaire for the assessment of STD / AIDS and Viral Hepatitis - Qualiaids from the perspective of integrality and humanization. For data processing we used the technique of focus groups and thematic analysis. The results, revealed the importance of host and access elements in the assessment made by users of the service, influencing the establishment of a rapport, adherence to treatment and preference for the service. Has been found the user satisfaction in using the service. The pressure of growing demand negatively interferes with the user-service relationship. The organization of health practices, as well as detailed studies on the subject, are needed to mitigate the prejudice of people living with HIV / AIDS. This work shows the relevance of considering the user's participation in evaluations of health services to qualify for assistance.

**Keywords:** Health Care Facilities, Manpower, and Services. Quality Assurance, Health Care. Acquired Immunodeficiency Syndrome.