

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

**“Avaliação da qualidade do Serviço de Assistência Especializada em
HIV/Aids (SAE) no município de Barra do Garças, MT”**

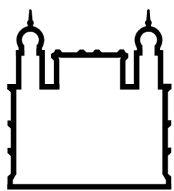
por

Auxiliadora Martins Gidrão Dantas

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliane Portes Vargas*

Rio de Janeiro, abril de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

**“Avaliação da qualidade do Serviço de Assistência Especializada em
HIV/Aids (SAE) no município de Barra do Garças, MT”**

Apresentada por

Auxiliadora Martins Gidrão Dantas

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Egléubia Andrade de Oliveira

Prof.^a Dr.^a Marina Ferreira de Noronha

Prof.^a Dr.^a Marly Marques Da Cruz – Orientadora Principal

Dissertação defendida e aprovada em 24 de abril de 2012.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

D192 Dantas, Auxiliadora Martins Gidrão

Avaliação da qualidade do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE)
no município de Barra do Garças, MT. / Auxiliadora Martins Gidrão Dantas. -- 2012.
92 f. : tab.

Orientador: Cruz, Marly Marques da
Vargas, Eliane Portes

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de
Janeiro, 2012

1. Avaliação. 2. Assistência Especializada. 3. Síndrome de Imunodeficiência
Adquirida. 4. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 614.5993098172

Auxiliadora Martins Gidrão Dantas

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA
ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS (SAE) NO MUNICÍPIO DE
BARRA DO GARÇAS-MT**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de
Saúde Pública Sérgio Arouca, para fins de
obtenção do título de Mestre, Modalidade
Profissional em Saúde Pública.

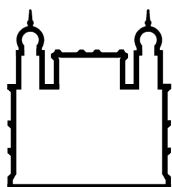
Em ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a Egléubia Andrade de oliveira

Prof^a. Dr^a. Marina Ferreira de Noronha

Prof^a Dr^a Marly Marques da Cruz



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 24 de abril de 2012.

Auxiliadora Martins Gidrão Dantas

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas vivendo com HIV/Aids e espero que de alguma maneira possa contribuir para amenizar o sofrimento, o preconceito e melhorar o atendimento de saúde ofertado a elas, por nós profissionais de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, sem a qual não seria possível hoje estar aqui.

As professoras Marly Cruz e Beth Moreira as quais souberam nos conduzir de maneira firme, porém carinhosa pelos caminhos do conhecimento da avaliação, em especial a professora Marly, minha orientadora, que disponibilizou seu tempo a me orientar e acreditou em minha capacidade;

A professora Eliane Vargas (Lili) como co-orientadora, pela colaboração e incentivo no desenvolvimento de minhas atividades;

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso pelo apoio e empenho na formação de seus servidores;

Ao Escritório Regional de Saúde de Barra do Garças (ERS), em especial a Vânia e Márcia Rauber pelas sugestões oferecidas nas horas de dúvida;

A equipe de técnicos do SAE/CTA de Barra do Garças e Secretaria Municipal de Saúde pela disponibilidade, atenção e crédito depositados .

A meu esposo Hilmar pelas inúmeras demonstrações de amor e exercício diário de paciência e cuidados em tantos momentos;

Aos meus filhos, Luiz Felipe e Eduardo, motivação do meu esforço, que este trabalho sirva de orgulho e exemplo para vocês;

A minha sogra Ivêta, auxílio e dedicação constante a mim, a meu esposo e aos meus filhos;

A minha fiel escudeira Val pelos cuidados junto a minha família e a minha casa;

E finalmente as minhas amigas Jaqueline, Otávia e Simone Escudero, pela amizade e apoio o que tornou os dias em Brasília mais suaves, aos colegas do Mestrado em Avaliação Serviços de Saúde, meus sinceros agradecimentos.

Índice

RESUMO.....	12
ABSTRACT.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. JUSTIFICATIVA.....	18
3. REFERÊNCIA TEÓRICA.....	21
3.1. Assistência à Saúde no SUS	21
3.2. Assistência Integral a Saúde e o HIV/AIDS.....	26
3.3. Qualidade da Assistência ao HIV/AIDS	27
4. PERGUNTA AVALIATIVA.....	31
5. OBJETIVOS.....	32
5.1. Objetivo Geral.....	32
5.2. Objetivos Específicos	32
6. METODOLOGIA:MODELO TÓRICO DA AVALIAÇÃO.....	32
6.1. Descrição da Intervenção	32
6.2. Modelo Lógico da Intervenção	34
6.3. Contexto Externo	36
6.4. Perfil Epidemiológico	37
6.5. Contexto Organizacional	39
6.6. Análise de Stakeholders	41
7. DESENHO DA AVALIAÇÃO.....	44
7.1. Critérios de Seleção do Caso	45
7.2. Dimensões da Avaliação	45
7.3. Coleta de Dados	47
8. ANÁLISE E JULGAMENTO	51
9. RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
9.1. Acessibilidade.....	54
9.2. Qualidade Técnica.....	56
9.3. Disponibilidade	56
9.4. Conformidade	60
10. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	69
11. RECOMENDAÇÕES.....	70
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
13. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	74
ANEXOS	82

Anexo 1.....	83
Anexo 2.....	84
Anexo 3.....	86
Anexo 4.....	88
Anexo 5.....	89
Anexo 6.....	91
Anexo 7.....	92

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

INF- Informante

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Assistência à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAM - Plano de Ações e Metas

PVHA - Pessoas vivendo com HIV/AIDS

RX - Raio X

SAE - Serviço de Assistência Especializada

SAME- Serviço Arquivo Médico e Estatístico

SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SICLOM - Sistema Logístico de Medicamentos

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV - Terapia Antiretroviral

ÍNDICE DE TABELAS/QUADROS/FIGURAS

Tabela 1- Incidência de AIDS por Município de abrangência do ERSBG (Escritório Regional de Saúde de Barra do Garças) – 2010.....	16
Quadro 1: Modelo Lógico - SAE	35
Figura 1 – Localização Geográfica do Município de Barra do Garças - MT	36
Tabela 2- Distribuição dos casos de aids, segundo variáveis analisadas,SAE/ Barra do Garças - MT, 2005-2011.....	38
Fluxograma 1:	40
Quadro 2- Matriz de stakeholders	42
Quadro 3 - Padrões definidos para julgamento do grau de qualidade.....	52
Quadro 4: Matriz de Informação da Avaliação de Qualidade do Serviço de atendimento especializado em HIV/AIDS no município de Barra do Garças - MT	53
Quadro 5 Matriz de Julgamento da Avaliação da Qualidade do serviço de atendimento especializado em HIV/AIDS no município de Barra do Garças-MT	65

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o grau de qualidade do Serviço de Assistência Especializada (SAE) às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) no município de Barra do Garças - MT . Para responder as perguntas avaliativas levantadas pelo estudo foram utilizadas a abordagem qualitativa e quantitativa. A avaliação também foi orientada para uma abordagem normativa e formativa, pois teve como objetivo direcionar a tomada de decisões para a melhoria do serviço avaliado. A metodologia eleita para a realização da avaliação proposta e consequentemente estimar o grau desta qualidade foi o estudo de caso, sendo eleito como caso único o serviço de assistência especializada em HIV/aids do município de Barra do Garças-MT. Utilizou-se como forma de coletar dados primários e secundários sobre o serviço avaliado entrevistas semi-estruturadas, análise de documentos e observação de campo. Para a condução das entrevistas, análise dos documentos e observação de campo foram elaborados roteiros que serviram como guia para a realização da coleta de informações. Foi elaborado ainda em conjunto com os técnicos que ali atuam uma matriz de julgamento, definindo assim as dimensões da avaliação, categorizando dessa maneira subdimensões relacionadas à qualidade, seguindo critérios avaliativos relacionados conformidade, disponibilidade, acessibilidade e qualidade técnico-científica. Os valores foram definidos para cada dimensão avaliada, classificando assim, como sendo serviço de ótima qualidade quando alcançasse entre 91 à 100 pontos, de boa qualidade entre 61 á 90 pontos , regular entre 46 à 60 e insuficiente entre 0 e 45 pontos. Os resultados finais são apresentados fazendo relação entre as informações coletadas, relacionando estas com o contexto político e organizacional bem como com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e Departamento DST/HIV/AIDS e Hepatites virais, manuais de boas práticas e a pesquisa QUALIAIDS. Ao final da avaliação, os resultados referentes às dimensões definidas de qualidade apontam que, os parâmetros e indicadores relacionados à conformidade e disponibilidade são os mais comprometidos, porém ainda assim o grau de qualidade do serviço encontra-se em patamar considerado bom. Finalmente são feitas recomendações no sentido de melhorar a qualidade da assistência ofertada pelo SAE de Barra do Garças as PVHA, como expansão do horário de atendimento, melhoria do fluxo de referência e contra referência, desenvolvimento do plano de ações e metas na sua integralidade, implantação de coleta de exames específicos, autonomia de gerenciamento para o serviço participação dos técnicos em eventos científicos e capacitação.

PALAVRAS CHAVE: Avaliação, Assistência Especializada, Aids, Qualidade.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the degree of quality of service specialized care for people living with HIV/AIDS (PLHA) in the municipality of Barra do Garças-MT. To answer the evaluative questions were raised by this study used qualitative and quantitative approaches. The evaluation was also directed towards normative approach training, as aimed to direct the decision making to improve the service measured. The methodology chosen to carry out the proposed assessment, and thus estimate the degree of this quality was the case study, being elected as a unique case service center specializing in HIV/AIDS in the municipality of Barra do Garças-MT. Was used as a way to collect data on primary and secondary service rated semi-structured interviews, document analysis and field observations. To conduct the interviews, documents analysis and field observation were prepared scripts that served as guide to collect the information. Was developed further in conjunction with the technicians who work there an array of trial, thus defining the dimensions of evaluation, thus categorizing sub dimensions related to quality, following assessment criteria related compliance, availability, accessibility and quality technical science. The values were defined for each dimension evaluate and classified in this way as high quality service when They reach between 91 a 100 points, good between 61 will be 90 point, from 46 a 60 regular and insufficient between 0 a 45 points. The final results are shown doing link the information collected, relating these to the political and organizational context as well as with the guidelines recommended by the Minister of health and department STD/HIV/AIDS and viral hepatitis , manuals of good practices and research QUALIAIDS. At the end of the evaluation, the results concerning the dimensions of quality defined point out that the parameters and indicators related to compliance and availability are the most committed, but still the level of service quality is at a level considered good. Finally, recommendations are made to improve the quality of care offered by SAE Barra do Garças the PLHA, as an expansion of service hours, improved flow of reference and cross reference, development of action plan and targets in its entirety, implementation of specific sample collection, management autonomy for the service, participation in scientific and technical training.

KEY WORDS: Evaluation, Specialized care, Aids, Quality.

1. INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), considerada a pandemia da atualidade, tem se configurado como um sério problema de saúde pública no mundo, por sua alta taxa de morbi-mortalidade, tendência de crescimento e propagação em diversos territórios (BARROSO, 2007), principalmente no continente africano.

A aids teve o primeiro caso registrado no Brasil no ano de 1981 no estado de São Paulo e as atividades de assistência aos doentes foram organizadas a partir das primeiras respostas do estado brasileiro à epidemia, no início de 1983, com a organização do Programa de DST/HIV/AIDS de São Paulo (NEMES, 2004).

Estima-se que no Brasil mais de 630.000 pessoas estejam vivendo com HIV/AIDS, tendo sido notificados 608.230 casos de aids no período de 1980 até junho de 2011. Em 2010 foram notificados 34.218 casos da doença e a taxa de incidência de aids no Brasil foi de 17,9 casos por 100.000 habitantes prevalecendo a infecção na população do sexo masculino correspondendo a faixa etária entre 15 e 49 anos. Em relação à mortalidade por aids, o País vem registrando uma média de 11.000 óbitos por aids ao ano, sendo que o coeficiente de mortalidade variou de 9,6 óbitos por aids por 100.000 habitantes no ano de 1996 para 6,0 em 2006 e vem se mantendo estável (BRASIL, 2010).

Apesar das informações sobre transmissão e prevenção ao HIV serem maciçamente divulgadas, a epidemia vem apresentando ao longo dos últimos anos novas tendências como juvenilização, feminização, heterossexualização, pauperização e interiorização (BUCHALLA, 1995; CASTILHO & CHEQUER, 1997; SCWARCOLD et al, 1997). As mudanças na disseminação da epidemia de aids se traduziram numa necessidade de mudança nas estratégias de prevenção e controle para quem vive ou não com o HIV/AIDS.

A descentralização da assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), a adoção de estratégias para a redução da transmissão vertical e a realização de campanhas para estimular a realização do teste anti-HIV contribuíram para a reorganização da rede de serviços de saúde de assistência a PVHA (GRANGEIRO, et al, 2008). Essa reorganização na rede teve reflexos tanto na baixa, na média como na alta complexidade do sistema, tendo em vista que os avanços tecnológicos no cuidado as pessoas portadoras de HIV/AIDS introduziram novas demandas para a assistência.

No início dos anos 90 foram definidas diretrizes para a organização da assistência, as PVHA, podendo ser descritas a instalação de Serviços Ambulatoriais

Especializados (SAE), a publicação da Lei 9.313 em 1996 (BRASIL, 1998), que garantiu o acesso ao tratamento antirretroviral, melhorando assim os indicadores de morbi-mortalidade e em consequência melhorando a qualidade de vida das PVHA, contribuindo dessa maneira para a mudança do perfil do agravo definido atualmente como um agravo crônico degenerativo.

O SAE é um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/AIDS e hepatites virais, e tem por objetivo prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de equipe multidisciplinar com a utilização de protocolos clínicos e terapêuticos (BRASIL, 2003).

No Brasil existe um número expressivo de serviços que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e que prestam assistência as PVHA. Estes serviços desenvolvem ações de assistência, prevenção e tratamento e destacam-se por possuir diferentes configurações institucionais, podendo ser ambulatório geral ou de especialidades, hospitais, unidades básicas, postos de saúde, policlínicas e SAE. Estes serviços são administrados de diversas formas, por municípios, estados, União, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais e se dividem em diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2008).

A interiorização da epidemia de aids e a ampliação do acesso ao tratamento, verificada na década de 90, provocou rápida expansão dos SAE, cujo número cresceu de 33 em 1996 para 540 em 2001 e em 2010 totalizavam 716 unidades. Destes serviços, 290 (40,5%) são considerados de pequeno porte, ou seja, menos de 100 pacientes cadastrados para atendimento (BRASIL, 2008).

O estado do Mato Grosso possui 141 municípios, sendo que a Secretaria de Estado de Saúde (SES) por questões organizativas está estruturada em 16 Escritórios Regionais de Saúde (ERS) descentralizados com seus respectivos municípios de abrangência. Para a condução do agravo aids, existe na SES a Coordenação Estadual do Programa DST/HIV/AIDS e hepatites virais que está vinculada à Superintendência de Vigilância em Saúde e tem como função assessorar os municípios através das regionais de saúde na condução da política de controle da epidemia e assistência as PVHA.

Quanto aos indicadores epidemiológicos, em Mato Grosso de janeiro de 1980 até o mês de julho de 2009, foram notificados 6.754 casos de aids sendo que, desse total de casos, 4.011 foram diagnosticados em pessoas do sexo masculino e 2.741 do sexo feminino. Em relação à mortalidade por aids foram informados 2.162 óbitos apresentando um coeficiente de mortalidade de 6,8 óbitos por AIDS por 100.000 habitantes (DATASUS, 2010).

Os Escritórios Regionais de Saúde (ERS) são unidades administrativas descentralizadas da SES/MT, e desempenham ações de vigilância em saúde, atenção à saúde e imunização, entre outras. O Escritório Regional de Saúde de Barra do Garças (ERSBG) é composto geograficamente por 10 municípios (Araguaiana, Barra do Garças, Campinápolis, General Carneiro, Nova Xavantina, Novo São Joaquim, Pontal Araguaia, Ponte Branca, Ribeirãozinho, Torixoréu).

Em 2010 nos municípios de abrangência do ERSBG os casos de aids estão distribuídos conforme Tabela 1:

Tabela 1- Incidência de AIDS por Município de abrangência do ERSBG (Escritório Regional de Saúde de Barra do Garças) – 2010

Municípios	População	Nº Casos aids	Incidência acumulada x 100.000 hab
Araguaiana	3.447	0	0,0
Barra do Garças	55.397	79	142,6
Campinápolis	12.727	01	7,8
General Carneiro	4.371	0	0,0
Nova Xavantina	17.485	06	34,3
Novo São Joaquim	8.528	02	23,4
Pontal do Araguaia	4.292	05	116,4
Ponte Branca	1.980	03	151,1
Ribeirãozinho	2.263	0	0,0
Torixoréu	4.387	04	91,2
Total	114.877	100	87,0

Fonte: MS/DATASUS//2010

Apesar do município de Barra do Garças contemplar o maior número absoluto de casos de aids (79 casos), é importante ressaltar que alguns municípios na região com população bem menor, tem apresentado o coeficiente de incidência acumulada com valores preocupantes como é o caso de Ponte Branca, Pontal do Araguaia e Torixoréu.

A implantação dos SAE em Mato Grosso iniciou quando a SES desencadeou o processo de descentralização para os municípios, da assistência ambulatorial as PVHA, de assistência pré-natal às gestantes soropositivas e com objetivo de garantir diagnóstico e tratamento em todos os níveis de atenção ao usuário do SUS com a publicação da Resolução CIB de nº 016 de 10/05/2002. Essa resolução, em seus anexos, normatizou a

implantação dos SAE/CTA, definindo o que viria a ser Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e SAE, bem como aprova a Instrução Normativa para implantação e operacionalização dos serviços de referência à DST/HIV/AIDS.

Estão implantados atualmente no estado, 12 SAE, sendo que os municípios que implantaram inicialmente foram Cuiabá, Rondonópolis, Sinop, Várzea Grande e em seguida os de Água Boa, Alta Floresta, Barra do Garças, Cáceres, Colíder, Confresa, Diamantino, Jaciara, Juara, Juína, Tangará. Na região leste Matogrosense, funcionam 02 destes, 01 no município de Barra do Garças (ERSBG) e mais recentemente (agosto/2010) se deu a implantação no município de Confresa (Escritório Regional de Saúde de Porto Alegre do Norte).

O SAE de Barra do Garças foi implantado em 2005, em virtude da região apresentar características importantes que sinalizavam para a necessidade de um serviço de assistência e referência para HIV/AIDS como: localização geográfica (município de fronteira fazendo a ligação entre os estados de Mato Grosso e Goiás), referência em assistência à saúde para regiões distantes da capital de difícil acesso, balneário turístico às margens do rio Araguaia, favorecendo a um grande fluxo de pessoas, e grande número de PVHA em tratamento de outras localidades.

O serviço é considerado de pequeno porte (menos de 100 pacientes cadastrados) está localizado em um município de aproximadamente 57.000 habitantes, participou da pesquisa QUALIAIDS, respondendo ao questionário auto-aplicável sendo que em relação aos resultados de 2007 e 2010 ficou ranqueado no segundo grupo de melhor qualidade (Padrão Prata) contrariando assim os resultados do QUALIAIDS, diante desse cenário, é que se propõe avaliar este serviço.

Atualmente são acompanhadas pelo SAE de Barra do Garças 79 PVHA, porém estas não são necessariamente residentes no município, uma vez que o serviço atende pessoas provenientes de diversos outros municípios e regiões. Importante enfatizar que o SAE e o CTA, apesar de serem serviços que realizam ações diferentes, um de testagem e aconselhamento para DST/HIV e o outro de assistência a PVHA, em Barra do Garças/MT compartilham do mesmo espaço físico e a equipe que ali atua atende tanto a um serviço como ao outro.

2. JUSTIFICATIVA

Com a expansão dos SAE, tornou-se necessário o controle e monitoramento da qualidade da assistência oferecida por estes serviços a PVHA, uma vez que a qualidade da assistência é um importante determinante do sucesso de programas dirigidos a doenças crônicas, como a AIDS (KITAHATA, 2002), bem como pela necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre a estrutura e processo desses serviços.

Para conhecer as características da assistência e avaliar a qualidade dos serviços que atendem as PVHA, o Departamento de DST/HIV/AIDS e hepatites virais estabeleceu parceria com docentes e pesquisadores com diferentes formações profissionais vinculados a universidades brasileiras visando criar mecanismos de monitoramento e avaliação destes serviços, com objetivo de aprimorar a assistência ao HIV/AIDS no SUS, surgindo desta parceria o QUALIAIDS.

O QUALIAIDS é um sistema de auto-avaliação da qualidade da assistência ambulatorial, composto por um questionário eletrônico com 107 questões de múltipla escolha dirigido aos gerentes e equipes locais dos serviços. As questões tratam dos recursos e da organização da assistência nestes serviços, compondo indicadores de qualidade. A pesquisa de qualidade baseou-se no princípio de que quanto mais coerente fosse a ação assistencial operada nos serviços com o plano propositivo do programa, neste caso o Programa de aids, melhor seria sua qualidade. Em outros termos, o trabalho de boa qualidade é o que objetiva em tecnologias e normas, o plano propositivo do programa (NEMES, 2004).

O principal pressuposto que guiou o desenvolvimento do instrumento avaliativo foi o de que independentemente das características institucionais e locais, todos os serviços deveriam possuir condições de disponibilidade de recursos, organização da assistência e gerenciamento técnico que permitam um cuidado de qualidade aceitável (BRASIL, 2008).

O questionário QUALIAIDS foi aplicado pela primeira vez em 2002, através de instrumento impresso, em serviços de sete estados brasileiros, obtendo uma taxa de resposta de 96% destes serviços. Em 2005 o sistema foi transformado em meio eletrônico sendo aplicado posteriormente em 2007 e 2010 com o serviço respondente obtendo os resultados da avaliação logo após o preenchimento.

Em relação aos resultados apresentados, o QUALIAIDS demonstrou que serviços com maior número de pacientes tendem a apresentar melhores indicadores de qualidade e os serviços de pequeno porte (menos de 100 pacientes cadastrados),

localização em municípios pequenos e a não exclusividade do serviço foram variáveis que se associaram independentemente com os piores níveis de qualidade (NEMES, 2004).

Os dados apresentados pela pesquisa QUALIAIDS levaram a importante questionamento sobre a expansão da implantação dos SAE no Brasil. A pergunta que ficou para ser respondida foi: Até que ponto a expansão dos SAE não compromete a qualidade desses serviços? Para a equipe do QUALIAIDS não é uma resposta simples, dada à complexidade que envolve a assistência da aids e tende a reforçar a importância da especialização e da experiência clínica como atributos da qualidade do cuidado médico (NEMES, 2004a).

Uma vez que a avaliação do QUALIAIDS é feita por meio eletrônico e preenchida, pelos técnicos e gerentes dos SAE, esta avaliação pode superestimar o grau de qualidade do serviço avaliado, em vistas a esta possibilidade é importante realizar a avaliação *in locu* determinando assim o grau de qualidade da assistência oferecida as PVHA pelos SAE.

A relevância do trabalho aqui desenvolvido se justifica, considerando serem a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde, juntamente com o diagnóstico precoce, estratégias importantes para a redução da morbi-mortalidade por AIDS. Observa-se a necessidade desta avaliação diante dos questionamentos levantados em relação à expansão dos SAE e à qualidade da assistência desenvolvida por estes serviços em municípios e serviços considerados de pequeno porte, o que se adequa ao contexto do estudo uma vez que o SAE de Barra do Garças corresponde a uma das únicas unidades de referência para assistência às PVHA na região leste Matogrossense.

Sabe-se que este serviço apresenta dificuldades devido à escassez de profissionais especializados, serviços de apoio e diagnóstico deficientes em tecnologia, desconhecimento da população com relação às questões que envolvem a epidemia de aids, dificuldades de transportes, população com baixa renda, delineando dessa maneira um cenário preocupante para gestores e profissionais que desempenham cuidados às PVHA no município. Sendo assim é de fundamental importância compreender e melhor explicar a qualidade da assistência ofertada pelo SAE do município de Barra do Garças.

Partindo do pressuposto que uma assistência de qualidade não depende somente do tamanho do serviço, mas sim de um conjunto de fatores que determinam esta qualidade, é que esta avaliação foi desenvolvida com objetivo de demonstrar que serviços de pequeno porte podem ser considerados de qualidade, tanto quanto aos serviços considerados de porte médio ou grande porte.

Acredita-se que os resultados desta avaliação contribuíram para uma visão mais crítica e aprofundada sobre os serviços de pequeno porte de assistência as PVHA, fornecendo subsídios a gestores municipal, estadual e aos técnicos no sentido de melhorar a qualidade desta assistência e consequentemente a qualidade de vida deste grupo de pessoas em especial.

3. REFERÊNCIA TEÓRICA

3.1. Assistência à Saúde no SUS

Para entender o contexto do sistema de saúde brasileiro onde o tema da assistência às DST/aids se insere, é fundamental reportar a algumas questões relacionadas às diretrizes e a organização do sistema. Isso tendo em vista que diferentes arranjos foram conformados para responder a distintas necessidades e demandas relacionadas aos padrões de morbi-mortalidade existentes e as prioridades da agenda da saúde.

No Brasil diversos modelos de assistência a saúde podem ser elencados e relacionados a diferentes momentos históricos. No início do século XX, por exemplo, em decorrência de inúmeras epidemias (febre amarela, varíola, peste) eram organizadas campanhas para se lutar contra as doenças. Este foi denominado como modelo “campanhista” e ‘se transformou em uma política de saúde pública (ANDRADE, 2001a; SILVA JÚNIOR et al 2007)

O processo acelerado de industrialização e de expansão da urbanização ocorrida no País, e o crescimento do número de trabalhadores levaram a reivindicações por parte destes em relação a políticas previdenciárias e assistência a saúde, nascendo daí as chamadas caixas de aposentadorias e pensões - CAPS (BAPTISTA, 2005). Somente a partir da década de 1930 é que se estabeleceram formas mais permanentes de assistência,, com a instalação de centros e postos de saúde com objetivo de atender problemas como tuberculose, hanseníase e vacinação. A assistência era voltada para segmentos mais pobres da população, sendo que as pessoas com poder aquisitivo mais alto procuravam atendimento nos consultórios médicos privados (ANDRADE, 2001a).

O modelo de assistência médica era voltado para a doença em seus aspectos individuais e biológicos, com foco no hospital e em especialidade médicas - Modelo Flexneriano. Esta concepção estruturou a assistência médica previdenciária até a década de 1940. Nos anos 50 outras categorias profissionais aderiram ao modelo dos institutos de previdência, sendo reforçados investimentos em programas verticalizados (SILVA JÚNIOR et al 2007).

Com o golpe militar de 1964 processaram-se inúmeras mudanças no país, porém o foco da assistência à saúde manteve-se na assistência individual, sendo que as ações de saúde pública eram de responsabilidade dos governos estaduais e do Ministério da Saúde, expandindo o setor privado de clínicas e hospitais (ANDRADE, 2001a). Este

período foi marcado pelo crescente papel do Estado como regulador da sociedade e pelo alijamento dos trabalhadores do processo político, ao lado de uma política de arrocho salarial decorrente do modelo de acumulação adotado (CUNHA, 2001)

No ano de 1975, definiu-se um Sistema Nacional de Saúde, porém a saúde pública continuava desarticulada da assistência médica individual, com predomínio da tecnologia em detrimento da relação profissional-paciente. Neste contexto, estabeleceu-se internacionalmente, debate sobre modelos de assistência, prevalecendo as propostas que enfatizavam a racionalização do uso de tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente, sendo a mais difundida a atenção primária à saúde. A proposta foi alvo de debates, pois havia os que caracterizavam este modelo (medicina comunitária) como “medicina pobre para os pobres”, outros visualizavam como uma estratégia racionalizadora, como forma de acesso de toda a população aos avanços tecnológicos na saúde (SILVA JÚNIOR et al 2007; BAPTISTA, 2007).

Os debates sobre políticas públicas de saúde, a partir da década de 1980, se acirraram culminando na realização em Brasília, da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde (MATTA, 2007). A Conferência Nacional foi precedida de conferências municipais e estaduais, significando dessa maneira um marco na formulação das propostas de mudanças no setor saúde, consolidadas na reforma sanitária brasileira. As diretrizes dessa conferência se materializam na Constituição de 1988 (CUNHA, 2001), onde no artigo 196, é definido que:

“... é de responsabilidade do Estado à tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas voltadas para a redução do risco de doença e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário a ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1988).

No curso da história das políticas de saúde no Brasil a desigualdade de acesso aos serviços de saúde, a escassez de recursos financeiros, falta de integralidade da atenção, a desorganização dos recursos empregados nas ações de saúde, a baixa resolutividade e produtividade dos recursos existentes e o modelo centralizado e pouco participativo de gestão impulsionaram uma mudança no sistema de saúde brasileiro (BAPTISTA, 2007). Como resultado dos embates e das diferentes propostas em relação ao setor saúde presentes na Assembléia Geral Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser

assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com a participação da população (CUNHA, 2001; NOGUEIRA & PIRES, 2004).

Ao pensar na atenção à saúde tendo em vista as mudanças sofridas pelo sistema brasileiro, os modelos assistenciais ganham centralidade nessa discussão pelo fato deles não serem, simplesmente, uma forma de organização de serviços de saúde, nem tampouco um modo de administrar um sistema de saúde, mas sim um arranjo mais complexo. Para Paim (1993, 1998, 1999b), modelos assistenciais são combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas.

Merhy (1998) defende a idéia de que:

“... ao se falar de modelo assistencial estamos falando tanto de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. (...) Deste modo, os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulando a determinadas forças e disputas sociais, preferindo-se, portanto a denominação de modelos tecnoassistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político”.

Na tentativa de ampliar um pouco mais a visão apresentada por estes autores, Machado (1991) ressalta que um modelo assistencial responde ainda por quais são os “produtos” resultantes dos seus processos de trabalho e pela forma como esses “produtos” são distribuídos entre a população. Dessa forma os modelos de atenção à saúde podem estar voltados para a doença e para a demanda espontânea chamada assim de modelo hegemônico ou para as necessidades de saúde, o que era de interesse do novo sistema.

No contexto da regulamentação do modelo SUS o conceito de assistência a saúde foi o definido na Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, no Capítulo I, artigo 5º como sendo *“o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e de atividades preventivas executadas em todos os níveis de atenção à saúde (da básica a alta complexidade)”* (BRASIL, 1990). Para além dos marcos legais, Nemes (2004) postula ser possível

afirmar que o principal sentido programático da assistência, desde sua emergência com o SUS, foi o de representar a defesa de princípios éticos, o direito à cidadania e o acesso universal a esta. Sendo assim a assistência deve atender às circunstâncias e necessidades individuais e/ou coletivas, de forma a garantir o seu acesso com qualidade.

O termo assistência integral à saúde tem sido utilizado para designar uma das diretrizes básicas do SUS. No que se refere à integralidade destacam-se um conjunto de sentidos que traduzem condições que se aproximam do ideal de assistência integral ou da integralidade da assistência (MATOS, 2001). A concepção de integralidade nesse caso enfatiza a necessidade do cidadão (sujeito de direito) ser compreendido em suas dimensões biológicas, sociais e psicológicas, algo ainda desafiante para o sistema na atualidade.

O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração das ações, incluindo a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, este princípio pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (CUNHA 2001).

Pinheiro e Matos (2001), ainda numa perspectiva de explorar os múltiplos sentidos da integralidade, assumem esta como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta. Ação que se expressa em planos distintos de atenção à saúde: o plano individual - onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico - onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

Numa visão complementar, Matos e Pires (2009) entendem que a assistência integral a saúde implica em atender o ser humano em sua multidimensionalidade, considerando suas necessidades, desejos, vontades e sua capacidade de interferir em seu processo de vida e adoecimento. De acordo com esta definição, entende-se que a assistência à saúde, independentemente do agravo ou do nível de complexidade, configura-se uma ação abrangente desenvolvida em contextos e perspectivas diversificados.

No entanto a assistência integral pressupõe um sistema integrado de serviços de saúde que, por sua vez, se apresenta como organizado por um contínuo de atenção, orientado para a atenção as condições crônicas e organizado por uma rede de serviços. O sistema integrado de saúde é uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde que

permite prestar uma assistência contínua à determinada população - *no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa* - e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população. A rede deve incluir a alta complexidade, média complexidade e a atenção básica com um efetivo sistema de referência e contra-referência (MENDES, 2001).

As redes de atenção à saúde se estruturam através de pontos de atenção à saúde que são lugares institucionais onde se ofertam determinados serviços produzidos através de uma função de produção singular, exemplos destes pontos temos: os domicílios, onde se faz atenção domiciliar terapêutica, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, os centros de especialidades odontológicas, o centro de referência em saúde sexual e reprodutiva, o centro de referência a criança de risco, os centros de enfermagem, os lares abrigados, os centros de convivência para idosos, os centros de atenção paliativa e os hospitais este, podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: ambulatório de pronto atendimento, unidade de cirurgia ambulatorial, centro cirúrgico, maternidade, unidade de terapia intensiva (MENDES, 2001).

Assim, nos sistemas integrados de serviços de saúde a concepção piramidal hierarquizada é substituída por uma rede horizontal integrada, não havendo hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos a saúde de distintas densidades tecnológicas, sem hierarquia entre estas. Para Mendes (2001), os serviços de saúde estruturam-se nesta rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente, de forma ótima, sendo que esta distribuição ótima irá resultar em eficiência efetividade e por fim na qualidade dos serviços.

O Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) dispõe que a atenção integral à saúde deve ser implementada em todas as unidades e em todos os serviços de saúde como forma de fazer avançar o SUS com todas as Equipes de Saúde respondendo pela acolhida, enquanto capacidade de desenvolver ações para o usuário como um todo - superando as tradicionais ações fragmentárias voltadas exclusivamente para órgãos e sistemas do seu corpo -, acesso à atenção para toda a demanda expressa ou reprimida - desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa - e responsabilidade por todos os problemas de saúde de uma região; pelo acesso, assim entendido a capacidade de desenvolver ações qualificadas para atender resolutivamente os principais problemas de saúde dos usuários encaminhando-os para serviços de maior complexidade tecnológica somente quando for absolutamente necessário.

Ao considerar o entrelaçamento da saúde com os aspectos sócio-econômicos e culturais e fazendo um movimento de desospitalização dos usuários e de algumas atribuições e poderes do hospital; e pelo vínculo, entendido como a humanização da relação com o usuário e a responsabilidade da unidade ou serviço de Saúde na solução dos problemas de saúde de sua região, através de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle pelo usuário no momento de sua execução, definindo as responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento, nas situações de rotina ou imprevistas.

Enfim, o fato da integralidade em saúde se expressar por meio das práticas produzidas a partir das relações entre os atores nos diferentes serviços, leva Bonaldi (2007) a concluir que as pesquisas devem partir dos espaços onde as relações se estabelecem e onde as práticas são produzidas. É com base nessa visão que o presente estudo focalizará as práticas de assistência à PVHA em um dos serviços que faz parte da rede de assistência de saúde no município de Barra do Garças no estado de Mato Grosso.

3.2. Assistência Integral a Saúde e o HIV/AIDS

A política de atenção às PVHA busca promover a atenção integral à saúde, agregando a qualidade de vida como um dos objetivos centrais do cuidado. Assim, as ações devem se voltar para a saúde e não apenas para a doença, incluindo a prevenção, assistência, direitos humanos e participação social aos aspectos clínicos, psicossociais, econômicos e epidemiológicos, a fim de favorecer o atendimento das necessidades do usuário (BRASIL, 2010).

A assistência a PVHA no Brasil constitui uma atividade programática (BACARINI, 2011), e entende-se por “programa de saúde” como um conjunto de ações planejadas para atingir objetivos específicos em uma população alvo, em um determinado contexto temporal, político e econômico (CONTANDRIOPOULOS e CHAMPAGNE, 1992).

Dessa maneira a assistência PVHA faz parte dos diferentes níveis hierárquicos de assistência do sistema de saúde e desenvolvida por equipe multidisciplinar especializada como um sistema de referência e contra-referência. e por redes de apoio laboratorial, de assistência clínica, assistência farmacêutica, apoio social e hospitalar sendo o SAE um dos pontos integrantes dessa rede.

Os serviços devem estimular a presença ativa das PVHA, oferecendo um ambiente de confiança e sigilo, onde a equipe adote uma postura de acolhimento e

respeito ao usuário, evitando a emissão de juízo de valor, compartilhando informações claras, contribuindo para a sua autonomia e autocuidado (BRASIL, 2010b).

A complexidade da atenção às pessoas com HIV exige o estabelecimento de estratégias para a integração e funcionamento interdisciplinar da equipe. A abordagem interdisciplinar deve superar o atendimento compartimentalizado, centrado apenas no enfoque médico-clínico (BRASIL, 2008c). Nesta perspectiva, Nemes (2004), referindo-se à assistência a PVHA nos SAE, considera que a integralidade das ações depende de diferentes dimensões do trabalho em saúde. A referida autora afirma que:

“A complexidade tecnológica que se realiza no momento assistencial, refere-se à interação entre os sujeitos, à organização do trabalho, ao exercício da interdisciplinaridade presente no trabalho em equipe, à contínua incorporação de novos saberes e práticas às ações de saúde. Da qualidade dessas diferentes dimensões do trabalho em saúde depende a integralidade das ações (NEMES, 2004, p.S312).

Esta autora destaca que a principal diretriz da assistência à PVHA está relacionada ao acesso universal ao tratamento específico, e esta é regida por normas clínicas que se renovam, mediante reunião de consenso entre especialistas e por normas administrativas para distribuição e dispensação do tratamento (NEMES, 2004).

Corroborando este ponto de vista, Mattos (2003), a política brasileira frente à Aids, principalmente a partir de 1996, tem se pautado pelo princípio da integralidade. Um sentido desta afirmação diz respeito ao fato da resposta brasileira assumir não somente as ações voltadas para a prevenção, como prega a política internacional, mas voltar-se também para o acesso a ações assistenciais, com a inclusão do acesso à medicação antirretroviral. Numa outra perspectiva, considera-se que a integralidade baseia-se na apreensão ampliada das necessidades das pessoas portadoras ou não da doença, atendendo esta pessoa em suas necessidades como um todo.

3.3. Qualidade da Assistência ao HIV/AIDS

O conceito de *quality of care*, foi proposto, pela primeira vez, por um cirurgião chamado Ernest Amory Codman, em 1912. Este estudioso partia do princípio que a observação de tudo o que acontecia durante e após o tratamento era a melhor maneira de avaliar a qualidade da assistência prestada (ZANON, 2000). A partir dos estudos de Codman, em 1943 surge a auditoria médica com a finalidade de padronizar a assistência

hospitalar. Em 1972, o Congresso Americano, através do *Social Security act* criou o *Professional Standart Review Organization*, com o objetivo de regulamentar a avaliação dos serviços de saúde (GRANT, 1987).

Inicialmente o tema qualidade da atenção à saúde interessava somente a pequenos grupos de médicos, sendo o interesse pela garantia de qualidade desencadeada inicialmente nos Estados Unidos no início do século XX. Essa iniciativa se deu na tentativa de reduzir a alta variabilidade de resultados terapêuticos, através de um processo formalizado de avaliação do cuidado médico (SERAPIONI, 2009).

A partir dos estudos de Donabedian na década de 1960 é que a assistência de qualidade se desenvolve conceitual e metodologicamente. Este autor define a qualidade da atenção como sendo:

“O tratamento capaz de alcançar melhor equilíbrio entre os benefícios de saúde e os riscos, sendo que fatores como custos monetários, assim como expectativas e valores dos pacientes são considerados facilitadores ou obstáculos para alcançar o padrão de qualidade”. (DONABEDIAN, 1978: pag. 856-864)

Para definir qualidade Donabedian (1990) se baseou em dimensões ou atributos. Esses atributos passaram a ser conhecidos como os sete pilares da qualidade sendo eles: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade. O autor considera cada atributo deste individualmente, porém, juntos sustentam o conceito de qualidade.

Até meados dos anos 80, o debate sobre qualidade da atenção à saúde referia-se somente à dimensão técnica, ou seja, à capacidade dos profissionais da saúde de escolher as práticas assistenciais consideradas mais adequadas ao progresso do conhecimento técnico - científico (SERAPIONI, 2009).

A Joint Comission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO), em 1990, definiu a qualidade da assistência médico-hospitalar como *“o grau segundo o qual os cuidados com a saúde do paciente aumentam a possibilidade da desejada recuperação do mesmo e reduz a probabilidade do aparecimento de eventos indesejados, dado o atual estado de conhecimento”* (MIRSHAWKA, 1994, pg.37). A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que uma assistência qualitativamente adequada deve incluir, pelo menos, os seguintes elementos: qualidade técnica, uso eficiente dos recursos, controle de riscos oriundos das práticas assistenciais, acessibilidade da atenção e aceitabilidade por parte dos pacientes (ROEMER e

AGUILAR, 1988 apud SERAPIONI, 2009). No Brasil a adoção formal do conceito de “gestão com qualidade” no setor público teve início com a criação do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade.

Por entender que o conceito de qualidade em saúde é amplo e permeado por vários aspectos, diferentes autores utilizam significados distintos para o mesmo. Dentre os vários autores que dão significado a qualidade da atenção à saúde é interessante citar Vuori (1991), este ressalta que a noção de qualidade varia conforme os interesses dos diferentes grupos sociais, que podem ter pontos de vista diferentes sobre o que constitui qualidade. No entanto Victora (2004) considera a qualidade da atenção à saúde como uma questão ética, indo além quando diz não ser ético, oferecer cuidados cujo impacto não tenha sido cientificamente comprovado, ou cuja qualidade seja inferior aos padrões recomendados.

Para Serapioni (2009), no entanto, a qualidade em saúde não se relaciona exclusivamente com um ou outro aspecto descrito anteriormente, mas é o resultado de uma integração entre aspectos como a concepção variada de saúde, incluindo componentes pessoais, biopsíquicos, espirituais e sociais. A complexidade dos atores que agem no âmbito dos sistemas de saúde, as peculiaridades das ações de saúde e a concepção de qualidade condicionada a fatores históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais.

Com objetivo de fundamentar este conceito, Frias et al (2010) relata que a saúde sendo considerada um bem social, “direito de todos os cidadãos”, aliado às expectativas crescentes da população, traz consigo a exigência de serviços de “boa qualidade” por todos os sujeitos envolvidos nos cuidados a saúde. Ou seja, para este autor a qualidade é um atributo multidimensional que envolve a visão de distintos atores na sua compreensão.

Diante de todas as definições citadas, percebe-se a existência de uma pluralidade conceitual o que torna o tema interessante e complexo, levando a entender que a qualidade envolve todos os interessados na melhoria dos serviços de saúde.

Como forma de avaliar a qualidade dos serviços de assistência especializada em HIV/AIDS no Brasil existe além de estudos individuais, a pesquisa Qualiaids. O Sistema Qualiaids compõem um conjunto de iniciativas do Departamento DST/Aids e hepatites virais direcionadas para o incremento da qualidade da assistência aos que vivem com HIV/aids nos serviços do SUS (BRASIL, 2008).

Este sistema é direcionado às equipes técnicas locais e visa contribuir para incrementar a qualidade da assistência no serviço. Baseia-se na diretriz de que

independentemente das características institucionais e locais, todos os serviços devem possuir condições de disponibilidade de recursos, organização da assistência e gerenciamento técnico que permitam um cuidado de qualidade aceitável. É um estudo censitário realizado com aproximadamente 640 serviços de atendimento ambulatorial em todos os 27 estados brasileiros. Utiliza-se questionário auto respondido em meio eletrônico, aplicado de dois em dois anos pelo departamento DST/HIV/Aids e hepatites virais (BRASIL, 2008).

O QUALIAIDS possibilita aos gestores e gerentes avaliar como se processa a organização da assistência, bem como apóia o gerenciamento local. Para avaliar o perfil de qualidade do conjunto de serviços, é utilizada técnica de ajustamento estatístico, e emitido relatório e recomendações de boas práticas referentes às dimensões da assistência abordada na avaliação (BRASIL, 2008). Esta avaliação em seus resultados demonstra a tendência de piores níveis de qualidade entre serviços de pequeno porte, resultados estes reforçados por estudos internacionais, que mostram menores índices de mortalidade, tratamento oportuno e melhor qualidade da atenção em unidades com maior número de pacientes (BACARINI, 2011).

Bacarini (2011) embasada nas pesquisas QUALIAIDS confirma em seu estudo, que o pressuposto da atenção de qualidade à PVHA, não é incompatível com serviços menores e menos complexos, ao contrário, esses serviços são muitas vezes capazes de aportar ao paciente uma atenção diferenciada e quase personalizada, que grandes serviços não podem manter, porém a autora afirma a necessidade de estabelecer critérios para a implantação e supervisão das ações desenvolvidas, como processo de organização do trabalho, aquisição de insumos e equipamentos e no estabelecimento de fluxos da referência e contra referência.

4. PERGUNTA AVALIATIVA

Neste sentido, o presente estudo foi realizado, a fim de responder às seguintes perguntas avaliativas:

- Qual a qualidade da assistência ofertada pelo SAE de Barra do Garças à PVHA?
- As ações desenvolvidas pelo SAE de Barra do Garças estão em conformidade com as diretrizes preconizadas pelo Programa Nacional de DST/HIV/AIDS e em relação aos critérios de qualidade elencados no QUALIAIDS?
- Qual a possível influência da gestão do programa e do contexto municipal sobre as condições de funcionamento do SAE?
- Que fatores interferem de forma favorável e desfavorável na qualidade do SAE de Barra do Garças?

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da assistência prestada as PVHA pelo SAE de Barra do Garças.

5.2. Objetivos Específicos

1. Descrever a estrutura e processo da assistência PVHA no SAE de Barra do Garças e as atividades nele desenvolvidas;
2. Verificar se a estrutura e o processo estão em conformidade com os critérios do Programa Nacional DST/HIV/AIDS;
3. Verificar se a assistência prestada as PVHA no SAE de Barra do Garças corresponde aos critérios de qualidade definidos pelo QUALIAIDS em relação à estrutura e processo;
4. Determinar o grau de qualidade da assistência PVHA no SAE de Barra do Garças, segundo os critérios conformidade, acessibilidade, qualidade técnica, acolhimento e resolubilidade; e
5. Analisar os pontos fortes e fracos que interferem na qualidade da assistência as PVHA no SAE de Barra do Garças.

6. METODOLOGIA: MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO

Para responder a pergunta avaliativa, utilizou-se como referência o modelo teórico de avaliação proposto por Patton (1997) que aponta a avaliação com foco na utilização, com objetivo de melhorar a intervenção, interagindo assim com o contexto.

Neste estudo, o modelo teórico da avaliação corresponde às seguintes etapas: descrição da intervenção, contexto organizacional, contexto externo, análise stakeholders e desenho da avaliação.

6.1. Descrição da Intervenção

O Departamento de DST/HIV/AIDS e hepatites virais se destaca em relação às diretrizes dos SAE, uma vez que recomenda critérios para a implantação de serviços de assistência às PVHA, como: Acessibilidade (bairros ou locais de fácil acesso para a

população alvo), gratuidade (o cidadão deve saber que não pagará nada pelo atendimento), confidencialidade e sigilo (a pessoa que procura o serviço deverá ser informada de que o relato sobre a sua vida pessoal bem como o resultado de seus exames estarão sob sigilo, e que ninguém além dos profissionais de saúde que ali atendem tomará conhecimento da sua realização, boa acolhida (a pessoa ser bem recebida tendo oportunidade de esclarecer as dúvidas e abordar aspectos de sua vida sexual ou uso de drogas sem sentir-se discriminada ou desprovida de direitos), resolubilidade (envolve todos os procedimentos pelos quais o usuário passará na unidade e também a interface com o laboratório onde os exames serão realizados), rede de referência e contra referência (toda a oferta de teste anti-HIV exige planejamento das unidades, exigindo também referências para o tratamento das DST ou outros agravos) e entrega de resultados (somente a própria pessoa poderá receber os resultados de seus exames, através de entrevista individual) (BRASIL, 2008).

Em relação à estrutura física, preconiza-se que os SAE devam estar situados em local de fácil acesso, podendo desenvolver suas atividades em dependências próprias ou anexas a unidades sanitárias, porém com privacidade, sigilo e confiabilidade preservados. A aquisição de equipamentos quando da implantação será feita pelo estado e os equipamentos cedidos em comodato pelo gestor estadual aos municípios ficando os cuidados e a manutenção dos referidos equipamentos a cargo dos gestores municipais.

Os serviços de apoio diagnóstico e terapia em relação aos exames laboratoriais: deverão ser disponibilizados pelo laboratório próprio ou de referência para esses exames, CD4, CD8 e Carga Viral serão realizados no laboratório central do estado (MT Laboratório) e os exames diagnósticos por imagem (RX e Ultrassom) serão realizados preferencialmente em nível local, ou referenciados para outros locais (MATO GROSSO, 2002).

O SAE tem como atribuição a dispensação de terapia antirretroviral (TARV), preservativos masculinos e femininos, fórmula infantil para a redução da transmissão vertical, medicamentos para infecções oportunistas, atendimento médico, de enfermagem, psicológico, social entre outros (BRASIL, 2008).

Assim, atende a demanda espontânea, para orientações sobre DST HIV/AIDS; oferece diagnóstico sorológico de HIV, sífilis, hepatites virais; dispensa preservativos; realiza atendimento multidisciplinar e dispensa TARV as PVHA cadastradas e acompanhadas pelo serviço. Oferece ainda, ações preventivas para populações vulneráveis como adolescentes, mulheres, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, homossexuais e população institucionalizada.

O estado de Mato Grosso segue estas propostas, fixadas na Resolução CIB MT nº016 de 10/05/2022 e normatiza a implantação no que se refere a recursos humanos necessários, destacando a composição da equipe técnica mínima para os serviços de referências e qualificação destas equipes bem como a estrutura e insumos necessários para a assistência a PVHA (MATO GROSSO, 2002).

6.2. Modelo Lógico da Intervenção

O modelo lógico é uma maneira visual e sistemática de apresentar as relações entre intervenção e efeito. Ele deve incluir as relações entre os recursos necessários para operacionalizar o programa, as atividades planejadas e os efeitos que o programa pretende alcançar. O desenho de uma intervenção é uma das etapas necessárias no planejamento de uma avaliação. Ajuda o avaliador a melhor entender o objeto de estudo e escolher o foco da avaliação (MEDINA, 2005).

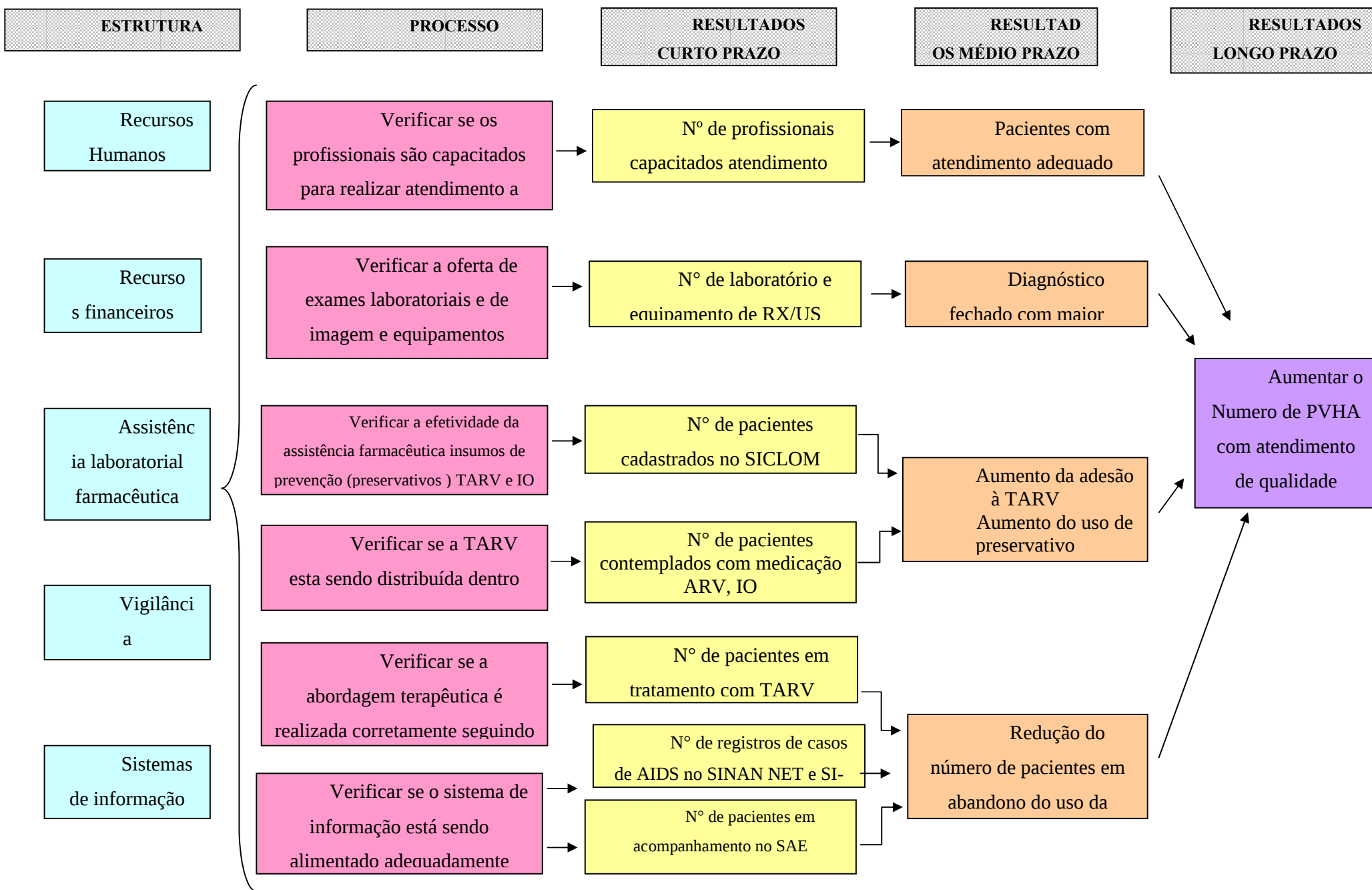
Para Hartz (1997) os modelos teóricos procuram identificar a relação existente entre os objetivos da intervenção e os meios empregados. Tal modelo representa a racionalidade do programa e é freqüentemente apresentado como fluxograma ou tabela que explicita a seqüência de passos que conduzem aos efeitos deste, descreve a seqüência de eventos, por meio de uma síntese dos componentes essenciais desenhados em um fluxo, demonstrando teoricamente como o modelo pode ser utilizado.

A vantagem alcançada por este modelo constitui na capacidade para resumir o funcionamento de um programa, ligando o processo aos resultados, a interação dos efeitos de seus componentes com o impacto (COSENDEY, 2000).

Sabendo-se que os elementos que compõem um modelo teórico podem variar, mas de modo geral incluem insumos, atividades e os efeitos de curto, médio e longo prazo (HARTZ et al, 1997), é que o presente estudo buscou por defini-lo através de um modelo lógico de implementação com a ajuda de seus efeitos esperados na execução desta avaliação.

O modelo lógico do SAE de Barra do Garças, nesta dissertação foi elaborado a partir da estrutura tomando como referência o modelo do Programa de DST/HIV/AIDS (Quadro 1). Ele representa como o serviço se desenvolve. Seus componentes são recursos humanos e financeiros, assistência laboratorial, farmacêutica e clínica, vigilância epidemiológica e sistema de informação. Em relação às atividades desenvolvidas, podem-se citar atendimento profissional tecnicamente capacitado, dispensa de insumos e medicamentos, alimentação dos sistemas de informação.

Quadro 1: Modelo Lógico - SAE



6.3. Contexto Externo

O SAE onde foi desenvolvida a avaliação, está instalado no município de Barra do Garças. Este município se distancia da capital do estado, Cuiabá 516 km, e da capital de Goiás, Goiânia 400 km. Possui características de cidade turística devido ao fato de estar localizada às margens do Rio Araguaia e durante os meses de junho e julho aumenta o fluxo de pessoas que ali circulam por causa da temporada de praia (Fig. 1).

Figura 1 – Localização Geográfica do Município de Barra do Garças - MT



Fonte: Google Map

É município de fronteira entre os estados de Mato Grosso e Goiás, e estando ligado a mais dois municípios, Pontal do Araguaia (MT) e Aragarças (GO), situação que favorece a um fluxo populacional intenso. Barra do Garças, é também sede da regional de saúde, sendo esta regional composta de 10 municípios, perfazendo uma população geral de 114.877 habitantes.

Barra do Garças possui uma população de 52.092 habitantes (IBGE, 2000) sendo a maioria do sexo masculino (26.064), sua área é de 9.141 km² representando 1.0 % do Estado de Mato Grosso. O Índice de desenvolvimento humano (IDH) da região é de 0.791, fazendo parte da Microrregião Médio Araguaia e da mesorregião nordeste matogrossense (PNUD, 2000).

A economia local é predominantemente agropastoril, porém, devido à localização geográfica e as belezas naturais têm demonstrado tendências para o turismo, o que vem aumentando o fluxo de pessoas na região.

6.4. Perfil Epidemiológico

O perfil epidemiológico das PVHA assistidas no SAE foi construído a partir das informações coletadas nos prontuários e dados do SINAN segundo as variáveis: Sexo, idade, raça/cor, escolaridade, uso ou não de drogas e comportamento sexual, configura-se conforme tabela 2:

No que se refere à **idade**, a faixa etária predominante compreende adultos jovens, ou seja, entre 20 a 49 anos. Quanto a variável **raça/cor**, observa-se que o maior percentual declarou-se de cor branca (57,0%), 33% de cor parda e apenas 6,2% de cor preta, não foi identificado nenhum caso de aids na raça indígena, o que é bastante interessante, pois na região existem inúmeras áreas habitadas por este grupo populacional. Foi possível determinar que 81% das PVHA atendidas no SAE apresentam **comportamento sexual** classificado conforme sistema de informação (SINAN) como heterossexual.

Quanto ao **uso ou não de drogas** injetáveis, 87,1% não utilizam e apenas 1,3% dos usuários assistidos declararam fazer uso de drogas injetáveis conforme tabela 2. A análise da variável nível de **escolaridade** demonstrou que a maioria dos pacientes atendidos no SAE (38%) possui ensino fundamental completo (5ª a 8ª série), vindo a seguir pessoas com ensino médio (26%), não existindo nenhum relato até o período de paciente analfabeto.

**Tabela 2- Distribuição dos casos de aids, segundo variáveis analisadas,SAE/
Barra do Garças - MT, 2005-2011.**

VARIÁVEL	Nº DE CASOS	%
SEXO		
Masculino	42	53,0
Feminino	37	47,0
Total	79	100
FAIXA ETÁRIA		
<1	0	0,0
1 a 4	01	1,3
5 a 9	0	0,0
10 a 14	0	0,0
15 a 19	01	1,3
20 a 29	21	26,6
30 a 39	25	32,0
40 a 49	18	23,0
50 a 59	06	7,6
60 a 69	04	5,1
Sem informação	0	0,0
TOTAL	79	100,0
ESCOLARIDADE		
Nenhum	0	0,0
1 a 4ª série	12	15,2
5ª a 8ª série	30	38,0
Ensino Médio	21	26,6
Ensino superior	01	1,3
Não se aplica	01	1,3
Ignorado	05	6,3
Sem informação	09	11,4
Total	79	100
COMPORTAMENTO SEXUAL		
Heterossexual	63	81,0
Homossexual	08	10,0
Sem informação	07	8,0
Não se aplica	01	1,0
Total	79	100,0
RAÇA/COR		
Branca	45	57,0
Preta	05	6,2
Amarela	0	0,0
Parda	26	33,0
Indígena	0	0,0
Sem informação	03	3,8
Total	79	100,0
USO DROGAS		
Sim	01	1,3
Não	68	86,0
Sem Informação	09	11,4
Não se aplica	01	1,3
Total	79	100,0

Fonte: SINANNET/ERSBG

6.5. Contexto Organizacional

O município de Barra do Garças possui uma estrutura física de serviços de saúde composta de 13 unidades de Equipes de Saúde da Família (ESF), um hospital público municipal com unidade de terapia intensiva/UTI (10 leitos), dois hospitais privados, um centro de referência em especialidades, duas policlínicas, um hospital dia, um centro assistência psicossocial (álcool/Drogas), um centro de reabilitação e fisioterapia, um laboratório municipal, uma unidade de transfusão e coleta(UCT), um núcleo de assistência a saúde da família (NASF) , serviço atendimento médico de Urgência (SAMU), e conta também com inúmeras clínicas e laboratórios privados.

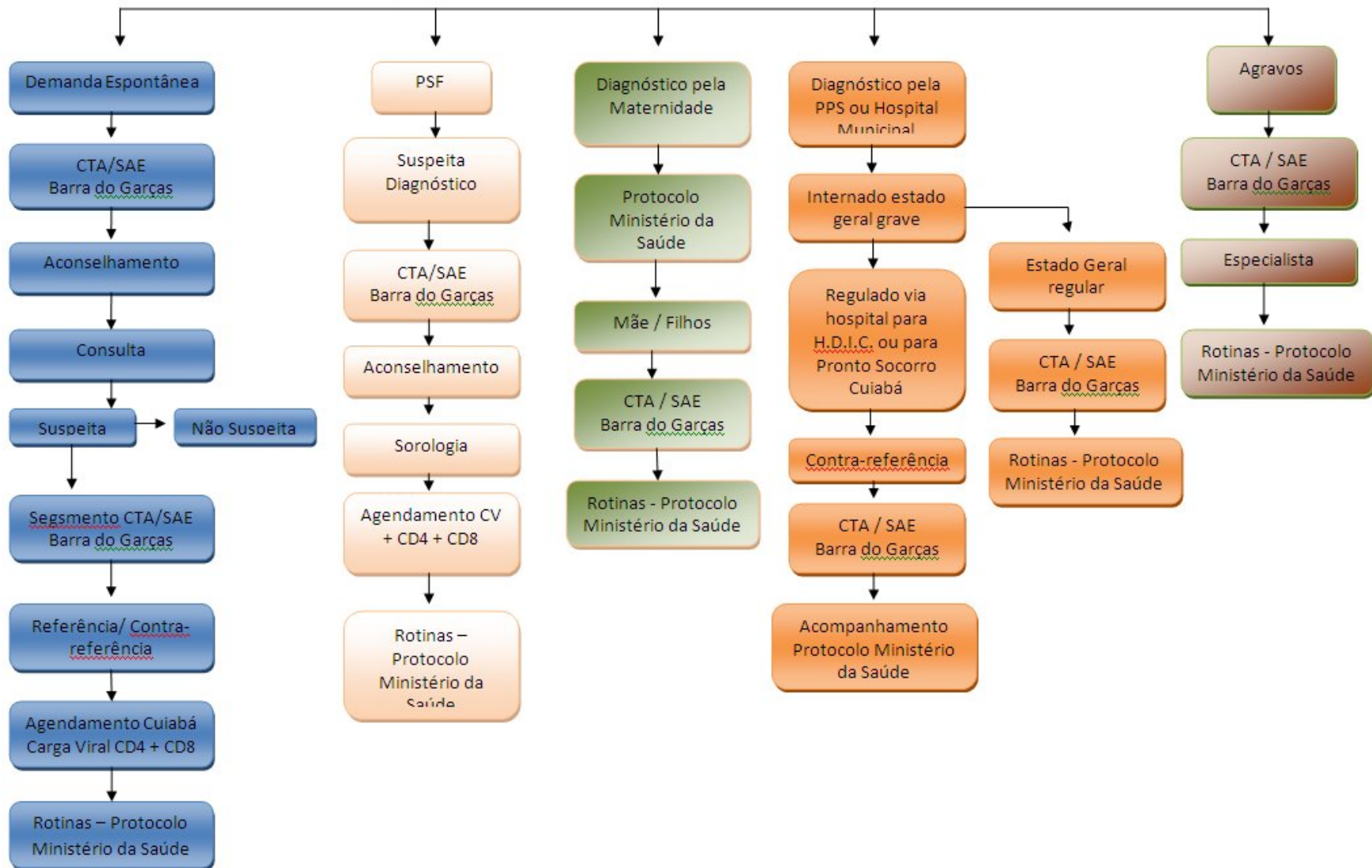
Conforme fluxograma 1 todas as unidades juntamente com o SAE estão diretamente vinculadas ao fluxo de atendimento oferecido as PVHA, uma vez que este grupo de usuários quando necessitam de atendimento e que não é diretamente relacionado ao agravo aids, devem procurar as unidades básicas de saúde. Nas situações onde é necessário atendimento de urgência e emergência, estas são atendidas no pronto socorro municipal e sendo necessária internação esta ocorre no hospital municipal, onde estão destinados dois leitos para PVHA.

Em relação a exames laboratoriais de rotina, estes são realizados no laboratório municipal, porém os mais especializados como CD4, CD8 e carga viral os usuários são encaminhados para realização em Cuiabá no laboratório central do estado, com o município de origem ofertando as passagens. O acesso aos serviços tanto laboratorial quanto de imagem são garantidos pelo município a PVHA residentes, quando são pacientes oriundos de outros municípios, estes devem ser garantidos pelo município de origem.

Estavam cadastrados no SAE de Barra do Garças, em 2010, 79 pacientes notificados no SINAN como caso aids, sendo deste 78 adultos e uma criança, sendo acompanhados ainda pelo serviço, sete crianças expostas ao HIV e 05 gestantes soro positivas. No Sistema de Informação e Logística de Medicamentos (SICLOM), deste número estavam cadastrados 46 pacientes recebendo TARV. A média de atendimento mensal do SAE é de 80 atendimentos/mês, considerado um número pequeno diante da quantidade de municípios que compõem a região, sendo importante relatar que o município executa a assistência a PVHA, a regiões de difícil acesso.

Fluxograma 1:

FLUXOGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE HIV/Aids



6.6. Análise de Stakeholders

Como usuários potenciais desta avaliação, foram identificados os seguintes atores (Quadro 2): O Ministério da Saúde através do Departamento Nacional DST/HIV/AIDS e equipe QUALIAIDS visto que a implantação dos SAE faz parte da política nacional de assistência à saúde das PVHA.

Além deste, outras instâncias estão intimamente vinculadas ao processo, acreditando ser com interesses convergentes, podendo ser elencados: a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e a Coordenação Estadual Programa DST/HIV AIDS uma vez que a SES é uma instituição que tem como função oferecer assessoria para os municípios na condução da implantação das políticas de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde através de sua representante legal a Secretária Municipal de Saúde de Barra do Garças como responsável jurídica pela condução da assistência aos usuários do SUS entre estes as PVHA, o coordenador do SAE e do Plano de ações e Metas (PAM) do Programa Municipal DST/HIV/AIDS de Barra do Garças devido ser responsável pela elaboração do plano de ações e metas prioritárias direcionadas a assistência de PVHA.

Os Técnicos do SAE de Barra do Garças (médico, enfermeiro, assistente social, psicóloga, farmacêutica, nutricionista e auxiliares de enfermagem) com objetivo de reconhecer as fragilidades do serviço e como estas podem ser superadas e finalmente todos os 10 municípios que compõe a regional de Barra do Garças representados pelo Escritório Regional de Saúde (ERS) uma vez que seus munícipes utilizam da assistência do SAE e é atribuição deste monitorar e supervisionar a oferta de serviços conforme mostra o quadro 2.

Quadro 2- Matriz de stakeholders

Sujeitos	Instituição	Papel no programa	Interesse na avaliação
Departamento DST/AIDS	MS	Planejar e conduzir Políticas públicas	Monitorar a qualidade dos SAE
Secretário Estado Saúde / Coordenação Estadual DST/HIV	SES/MT	Assessorar	Verificar se o serviço está em conformidade com a política do MS
Secretário Municipal de Saúde	SMS Barra do Garças	Gerenciamento	Melhoria da assistência/ Programa
Coordenador SAE e Plano de ações e Metas (PAM)	SMS Barra do Garças/SAE	Coordenar/planejar	Verificar se o serviço está em conformidade
Equipe Profissional	Servidor Público SMS/SAE	Realizar atendimento no SAE	Melhorar a assistência as PVHA
Diretor e Secretários municipais de Saúde Regional BG	Escritório Regional de Saúde	Supervisionar a assistência ofertada aos munícipes	Assistência de qualidade aos munícipes

A percepção da avaliadora no decorrer da avaliação em relação a alguns atores descritos como possíveis interessados na pesquisa (secretária municipal de saúde, técnicos do SAE), não foi positiva, uma vez que durante a coleta de dados (entrevistas, observações *in locu*) alguns destes não demonstraram interesse real sobre a avaliação. Esta percepção pode estar relacionada às mudanças ocorridas no 2º semestre do ano de 2011 com a substituição de secretária de saúde, bem como da equipe de assessoramento, que a princípio por ser uma equipe nova na área da saúde, e os técnicos serem provenientes da secretaria de ação social, não tinham conhecimento sobre as atividades desenvolvidas pelo SAE.

A secretária de saúde atual quando abordada sobre a possibilidade de responder a entrevista, respondeu que estava à disposição e que era só agendar, relatou também acreditar na equipe que atua no SAE, dizendo que: “... *os técnicos têm plena autonomia para desenvolver as atividades que forem necessárias para a boa condução do serviço*”.

Porém em virtude das mudanças ocorridas, a pesquisa ficou prejudicada uma vez que preliminarmente o projeto havia sido apresentado à gestora que ocupava o cargo anteriormente e não houve tempo hábil para reapresentação à gestora atual, não sendo possível a realização da entrevista com a mesma, apesar da gestora atual ter sido convidada, em todas as situações sua agenda não permitiu.

Outro fato que deve ser levado em consideração, é o da avaliadora estar vinculada diretamente ao serviço sendo considerado como desfavorável para a realização da avaliação. Tal situação pode estar relacionada ao conceito prévio que alguns técnicos do serviço demonstraram de não haver distanciamento suficiente do objeto para emissão de valor sobre o serviço avaliado. Apesar da situação exposta, Worthen e cols.(2004) reconhecem que o avaliador interno tem conhecimento da dinâmica do serviço ou do programa avaliado e isto proporciona ao mesmo uma maior intimidade para perceber as sutilezas que possam vir interferir no mesmo.

7. DESENHO DA AVALIAÇÃO

Para responder as questões avaliativas formuladas em relação ao grau de qualidade do SAE de Barra do Garças, foram definidas as abordagens qualitativa e quantitativa. A abordagem qualitativa foi eleita, considerando constituir-se um dos importantes parâmetros para o campo da avaliação e tem sido tratada por vários estudiosos como uma contribuição extremamente valiosa das ciências sociais para a área da saúde (SCRISHAW & HURTADO, 1997; AGUILAR & ANDER EGG, 1994; HARTZ, 1997). Este tipo de abordagem leva em consideração se determinada ação em saúde se coaduna ou não aos valores e expectativas dos vários autores sociais envolvidos, assim como à realidade em que está inserida (social e institucional) (DESLANDES, 1997).

Para Denzin e Lincoln (1994) os pesquisadores qualitativos estudam as coisas em seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos nos termos das significações que as pessoas trazem para estes. Diante desses conceitos, podemos entender que a pesquisa qualitativa procura demonstrar o que o processo/intervenção significa para as pessoas que dele usufruem.

A abordagem quantitativa foi utilizada como forma de complementaridade entre as duas abordagens conforme propõe Serapioni (2000), reconhecendo assim as especificidades de cada uma e incorporando desta maneira ao desenho da pesquisa a contribuição de cada. A avaliação desenvolvida também é considerada normativa uma vez que esta consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (Processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas e formativa com objetivo de direcionar a tomada de decisões para a melhoria do serviço avaliado (HARTZ, 1997).

O estudo de caso foi a estratégia metodológica utilizada neste trabalho, sendo desenvolvido em uma única unidade SAE, com o objetivo de aprofundar os aspectos inerentes ao mesmo. Para Yin (1990). O estudo de caso representa uma forma de se fazer pesquisa social empírica ao investigar-se um fenômeno atual dentro do seu contexto de vida real e compreende um método abrangente, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados, podendo incluir tanto estudos de caso único quanto de múltiplos, bem como de abordagens qualitativas e quantitativas. Camponar (1991) corrobora com este conceito, relatando que o estudo de caso permite a descoberta de relações que não seriam encontradas de outra forma, sendo as análises e

inferências em estudo de caso feitas por analogias de situações, respondendo principalmente as questões do tipo: Por quê? E como?

A finalidade do estudo de caso elegendo uma única unidade SAE foi de aprofundar o conhecimento sobre os aspectos característicos do referido objeto, como um fenômeno, processo individual ou em seus aspectos gerais. Sendo assim, o estudo de caso por lidar com processos normalmente isolados exige do pesquisador grande equilíbrio intelectual e capacidade de observação, o que se pode chamar de “olho clínico”, além de parcimônia quanto a generalização dos resultados (SANTOS, 2005).

A avaliação desenvolvida também é considerada interna, pois a avaliadora faz parte da equipe técnica do SAE avaliado, desempenhando neste serviço suas atividades profissionais. Esta característica da pesquisa exigiu da avaliadora uma postura extremamente profissional, no sentido de preservar ao máximo a privacidade dos técnicos e do serviço, bem como expor o menos possível o serviço em questão. Apesar de a avaliação interna ser desprovida de neutralidade, pautou-se por aplicar de maneira científica os conhecimentos através de informações e diálogos, e dessa forma reduzir os possíveis vieses decorridos desta forma avaliativa.

Para responder a pergunta avaliativa, utilizou-se como referência o modelo teórico de avaliação proposto por Patton (1997) que aponta a avaliação com foco na utilização, para melhoria da intervenção, interagindo com o contexto.

7.1. Critérios de Seleção do Caso

O SAE de Barra do Garças foi selecionado para este estudo por se tratar do único serviço até o ano de 2010 na região leste Matogrosense atendendo as PVHA, estar localizado em região distante da capital Cuiabá, ser referência em estrutura de serviços de saúde para toda a região leste do Mato Grosso, e além destes critérios, o município contemplar o maior número de casos de aids da região. Outro fator determinante na seleção de caso foi a inserção da autora na equipe técnica no serviço a ser avaliado.

7.2. Dimensões da Avaliação

A avaliação é uma atividade bastante antiga e considerada intrínseca ao próprio processo de aprendizagem bem como a rotina dos serviços. Nos últimos anos tem

crescido o interesse na avaliação de políticas públicas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (CRUZ, 2007). Para Cruz (2007) passos foram dados no campo da avaliação, mas ainda há controvérsia e preocupação generalizada a respeito da variedade de conceitos sobre a avaliação, levando a polissemia conceitual e metodológica.

Devido à ampliação da oferta de serviços e do aumento considerável dos custos com a incorporação de tecnologias para diagnóstico e tratamento de enfermidade observa-se que a preocupação em se avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde vem crescendo nos últimos anos, principalmente no Brasil. (FRIAS et.al, 2005).

Avaliar consiste em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diversos atores envolvidos se posicionarem e construírem um julgamento capaz de ser traduzido em ação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Quando relacionamos avaliação à qualidade é importante observar que a idéia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação que tem como característica principal a atribuição de juízo de valor (AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994 apud HARTZ 1997), porém o conceito de qualidade é bastante complexo e envolve inúmeros fatores, podendo variar conforme o contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade. Avaliação de Qualidade parte de parâmetros ou atributos que vão servir de referência para a definição de qualidade e a construção dos instrumentos que serão utilizados na avaliação (HARTZ, 2002).

Neste sentido, esta avaliação foi desenvolvida utilizando as dimensões de qualidade propostas por Vuori (1988): acesso, adequação, qualidade técnico - científica, aceitabilidade, e também se utilizou as concebida pelo Programa Nacional DST/HIV/AIDS e do QUALIAIDS, sendo elas: disponibilidade de recursos (estrutura) organização do processo de assistência (processo) e gerenciamento técnico do trabalho (Processo), uma vez que estas se aproximam conceitualmente.

A disponibilidade foi um componente avaliado dentro da estrutura, verificando os tipos de recursos utilizados e se eles estão de acordo com a necessidade do desenvolvimento das atividades. A qualidade técnico-científica foi avaliada no componente processo, para verificar a aplicação das ações de acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível, tendo como padrão os protocolos do Ministério da Saúde e os Manuais de boas práticas. A conformidade relaciona-se com a coerência das atividades e da estrutura e a acessibilidade configura-se com a remoção de

obstáculos físicos, financeiros e outros para utilização dos serviços disponíveis (VUORI, 1988).

Dentro de cada um destes componentes, foram avaliados subcomponentes: na assistência, foi observado o acolhimento, organização e rotinas da assistência médica, de enfermagem e de outros profissionais. Na organização geral do trabalho, foi avaliada a existência de coordenação, registros e anotações, capacitação dos profissionais e em relação a recursos foi verificada a existência de medicamentos, equipamentos, insumos e infraestrutura básica mínima.

Silva Júnior (2004) define acolhimento como sendo tratar humanizadamente toda a demanda, dando respostas aos demandantes, individuais ou coletivos, discriminando riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção: gerar informações que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção; pensar a construção de projetos terapêuticos individualizados.

No campo da saúde, acesso ou acessibilidade pode ser definido por dimensões que descrevem a entrada potencial ou real de dado grupo populacional em um sistema de prestação de cuidados, sendo entendida como um conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas que viabiliza a entrada do usuário na rede de serviços, nos mais diversos níveis de complexidade (DONABEDIAN, 1984). Starfield (2002) distingue acesso de acessibilidade, para a autora acessibilidade refere-se a características da oferta e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade.

Quanto a subdimensão qualidade técnico-científica, Vuori (1988) considera como sendo a aplicação apropriada do conhecimento médico disponível, bem como da tecnologia, no cuidado com o paciente, para Starfield (2004) qualidade corresponde à adequação das ações ao conhecimento técnico-científico vigente. Partindo do princípio que os conceitos se coadunam, a avaliação embasou-se em ambos.

7.3. Coleta de Dados

Para a coleta de dados foi utilizado a matriz de informação (Quadro 3), sendo que esta matriz buscou organizar a relação entre o modelo lógico do SAE, as dimensões da avaliação e os indicadores e os instrumentos de coleta.

O estudo priorizou o relato dos atores profissionais de saúde, na implementação das ações do programa de DST AIDS dentro do SAE. Estes atores são técnicos do

serviço avaliado, (médica, psicóloga, assistente social, farmacêutica, nutricionista e técnica em enfermagem). A avaliação buscou incluir em diferentes momentos, a participação desses atores.

Para o levantamento dos dados do estudo, foram realizadas entrevistas com técnicos utilizando roteiro de entrevistas, de observações, análise de documentos e de sistemas de informações. Estes roteiros foram elaborados utilizando como referência manual de boas práticas, o questionário da pesquisa QUALIAIDS sendo que este na sua elaboração abordou a disponibilidade de recursos, a organização do trabalho de assistência e o gerenciamento do serviço. O modelo QUALIAIDS foi testado e validado em estudos realizados previamente em 27 serviços de diferentes perfis (NEMES et al, 2004).

Os roteiros de entrevistas foram construídos de forma a buscar as evidências necessárias para se responder a pergunta avaliativa desse estudo

Para a realização das entrevistas foi aplicado primeiramente um teste piloto com técnico e gestor de um SAE do mesmo porte do de Barra do Garças, o SAE de Confresa. Durante a realização deste piloto percebeu-se a necessidade de se fazer ajustes em relação ao roteiro de entrevistas, uma vez que durante a entrevista era necessário esclarecer ao técnico entrevistado o que estava buscando saber sobre algumas perguntas.

A coleta de dados ocorreu no SAE de Barra do Garças e na secretaria de Saúde e foi realizada pela própria pesquisadora. Foram utilizadas fontes primárias e secundárias, sendo as primárias provenientes de observações diretas e das entrevistas semi-estruturadas, feitas com os técnicos que ali atuam, bem com a gestora da secretaria de saúde. Estas entrevistas foram gravadas e estão sob a guarda pesquisadora.

Para a realização das entrevistas com os profissionais do SAE e gestora da secretaria de saúde foram utilizados dois tipos de roteiros: um roteiro para o gestor e outro para os técnicos (anexo 3 e 4). Os dois tipos de roteiros contemplavam questões fechadas onde o entrevistado responderia sim ou não e questões abertas onde o entrevistador daria oportunidade do entrevistado discorrer sobre o assunto, ambas foram importantes uma vez que cada ator entrevistado desempenha funções diferentes frente ao serviço e tem visões diferentes do processo.

Os dados secundários foram obtidos também através de observação direta do local e de documentos livro de registros onde foram investigados itens como

cumprimento de protocolos, normas e rotinas pelos técnicos, condições de trabalho e a relação entre profissionais e usuários conforme roteiro (Anexo 5 e 6).

A princípio foi percebido pela avaliadora um desconforto em relação à gravação das entrevistas, porém após diálogo explicando sobre a necessidade da mesma foi aceita sem restrição por parte dos entrevistados. Durante a realização das entrevistas observou-se que as mudanças feitas nos roteiros, após a aplicação do piloto não foram suficientes para o ajuste dos mesmos. Observou-se também a importância de um roteiro específico para cada perfil profissional entrevistado, pois as perguntas em alguns momentos eram muito genéricas sendo necessário por parte da entrevistadora, dar explicações ou detalhamento sobre a questão. Os roteiros de observação e de entrevistas serviram para a condução da investigação, com objetivo de caracterizar as instalações, equipamentos, regularidade de suprimentos de insumos e medicamentos e também para reconhecer a percepção dos técnicos entrevistados sobre o serviço, número de pacientes acompanhados, condições de trabalho, dificuldades e perspectivas bem como sugestões sobre o serviço.

Em relação à análise dos prontuários, esta foi realizada utilizando roteiro anexo, sendo que foram observados todos os existentes no serviço, visto a quantidade ser atualmente de 79 e este ficarem arquivados na sala da pesquisadora. Os mesmos foram analisados levando em consideração a completude, organização das anotações por parte dos profissionais, acesso da equipe de saúde, preenchimento de dados dos pacientes bem como informações sobre o resultado dos exames.

As entrevistas foram realizadas no mês de dezembro de 2011 (05 à 09/12/2011) no período matutino, horário de funcionamento do serviço, tiveram uma média de duração de 30 minutos, e foram feitas pela própria pesquisadora, o local utilizado foi o consultório de psicologia do SAE, onde cada técnico foi entrevistado individualmente, sendo realizada uma entrevista por dia.

A pesquisadora fez a observação do serviço após a realização das entrevistas. No período de realização da coleta dos dados a mesma encontrava-se afastada de suas atividades profissionais no SAE avaliado, o que possibilitou um discreto distanciamento da rotina do mesmo. Durante este período de afastamento, verificou-se inúmeras mudanças, estas mudanças se relacionam ao ambiente físico e administrativo tanto da unidade, quanto da secretaria municipal de saúde, mudanças estas principalmente relacionadas a gestão do município, como a troca de secretária de saúde, e outras de ordem administrativas e de gerenciamento.

A pesquisa foi devidamente submetida à análise do Comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos conforme a Resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996), e encontra-se registrada no SISNEP sob nº. **CAAE - 0078.0.031.000-11 e parecer nº68/2011** estando, portanto, em conformidade com os requisitos da resolução. Os participantes foram previamente informados sobre o teor das entrevistas e sua autorização expressa em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando-se a individualidade e descrição particular de cada participante. Foi coletada assinatura do gestor municipal no Termo de Autorização Institucional (anexo1). A autorização foi concedida para a realização da pesquisa na unidade, bem como o acesso a dados através de sistemas de informação (SINAN, SICLOM).

Os participantes foram previamente informados sobre o teor das entrevistas e sua autorização expressa em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo2), respeitando-se a individualidade e descrição particular de cada participante. Os riscos relacionados à participação de cada participante foram praticamente nulos. Os benefícios relacionados com a participação são indiretos e se relacionaram com o caráter pedagógico do processo avaliativo em questão e para a melhoria do serviço a ser avaliado. As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e procurou-se assegurar o sigilo sobre participação de cada pessoa entrevistada. Os dados coletados durante a realização da pesquisa estarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora para garantir a confidencialidade das respostas.

8. ANÁLISE E JULGAMENTO

A matriz de julgamento é constituída por critérios, indicadores e padrão, e inclui também o mérito, podendo ser também denominada matriz final da avaliação (NATAL et al, apud SAMICO, 2006). As respostas às perguntas avaliativas, que constituem os julgamentos esperados, são observadas a partir de critérios e indicadores em comparação com parâmetros e padrões. Estes são definidos por todos os envolvidos, ou elaborados a partir do conhecimento científico, pela história cultural da comunidade ou por consenso entre especialistas (HARTZ 1997). Numa pesquisa qualitativa, a análise busca alcançar a compreensão ou explicação que se inicia com as próprias interpretações que os atores fazem da situação e finaliza com a interpretação dos envolvidos na análise (STAKE et. al. 1997; GOMES et al, 2005).

Para esta avaliação foi estruturada uma matriz de julgamento composta pelas dimensões, critérios/ indicadores e os parâmetros da avaliação (Quadro 4). Dentro de cada uma das dimensões e de seus componentes foram definidos indicadores que ofereceriam respostas para a classificação da categoria avaliativa. Na dimensão qualidade da assistência, foram avaliadas as seguintes sub-dimensões avaliativas: conformidade, disponibilidade, qualidade técnico-científica e acessibilidade.

Em relação à conformidade e disponibilidade foram avaliados, recursos humanos, financeiros e infraestrutura, oferta de exames, medicamentos (TARV/infecção oportunista), preservativos, existência de referência e contra referência. A qualidade técnico científica foi avaliada considerando a capacitação dos profissionais para atendimento a DST/HIV/Aids e hepatites virais, e em relação à acessibilidade foi considerado o local onde está instalado, e horário de funcionamento do SAE.

A relevância de cada dimensão para determinação dos valores foi definida em conjunto com os membros da equipe uma vez que o compartilhamento das informações contribuiria para uma avaliação mais criteriosa. A análise de julgamento acerca do grau de qualidade foi definida com o escore final seguindo as subdimensões descritas, considerando um serviço de ótima qualidade se estiver dentro dos valores de 91 a 100% do cumprimento dos itens avaliados, sendo bom de 61 a 90%, regular de 46 a 60% e incipiente entre 0 a 45% conforme apresentado no quadro 2.

Na definição das pontuações não foram estabelecidos pesos diferenciados, visto que os indicadores e parâmetros foram considerados como relevantes. Este modelo baseou-se nos estudos de Cosenday et al (2000)

Quadro 3 - Padrões definidos para julgamento do grau de qualidade

PONTUAÇÃO	
Incipiente	0 a 45 pontos (0 a 45%)
Regular	46 a 60 pontos (46 a 60%)
Bom	61 a 90 pontos (61 a 90%)
Ótimo	91 a 100 pontos (91 a 100%)

Após a análise e julgamento desta avaliação, foram feitas recomendações, as quais serão direcionadas aos profissionais que atuam no SAE e ao gestor municipal, bem como a outros possíveis interessados no processo avaliativo.

Os resultados obtidos com o presente estudo serão difundidos através da defesa pública da dissertação do mestrado profissional em avaliação, através da publicação de artigo em espaço científico oportunizando a outros serviços interessados, poderem avaliar, conhecer e refletir quanto à assistência oferecida as PVHA em regiões com características semelhantes as do objeto em estudo, possibilitando verificar se a qualidade do serviço corresponde ao propósito de expansão dos mesmos.

Os achados serão apresentados também, em reunião a ser realizada com os técnicos do SAE de Barra do Garças e com o gestor do município objetivando apresentar relatório sobre a conclusão da pesquisa bem como recomendações. Após, será apresentado em reunião do Conselho Municipal de Saúde e na reunião de Colegiado de Gestão Regional (CGR), instâncias de discussão participativa propositiva e deliberativa, objetivando socializar os mesmos e melhorar o serviço avaliado.

Os resultados estão à disposição das PVHA que utilizam dos serviços do SAE, caso haja interesse por parte de qualquer um destes no sentido de conhecerem o grau de qualidade do serviço que lhes é ofertado.

Quadro 4: Matriz de Informação da Avaliação de Qualidade do Serviço de atendimento especializado em HIV/AIDS no município de Barra do Garças - MT

Pergunta Avaliativa	Desenho e Métodos de Coleta	Dimensão	Indicadores	Procedimentos			
				Instrumento	Estratégia e Fontes	Local de Estudo	Cronograma
Qual é a qualidade da assistência do serviço especializado em HIV/AIDS no município de Barra do Garças?	Estudo de caso; Métodos qualitativos; Avaliação formativa / normativa; Entrevista semi estruturada; Análise dos dados por meio de programa específico para comparação de medidas e de pontuação.	Conformidade	% de pacientes AIDS que são acompanhados pelo SAE em relação ao número do DATASUS	Análise de Sistema de Informação(SINAN)	Livro de registro do SAE e SINAN	SAE de Barra do Garças.	Março/2011 a Jun de 2011
			% de pacientes AIDS em uso de TARV	Análise de Sistema Informação SICLOM	Livro de registro da farmácia e SICLOM		
			Numero de consultórios para atendimento ao paciente HIV/AIDS	Roteiro de Observação	Observação <i>in loco</i>		
			Realizar exames de rotina na rede laboratorial do município	Roteiro de Observação	SAE Observação		
			Realizar exames de CD4 e CD8 e Carga viral	Roteiro de Observação	Verificação Laboratório		
			Existência de fluxo de referencia e contra-referencia SAE e Atenção Básica e média e alta complexidade	Roteiro de Observação	Verificação Central de regulação		
				Análise de documento	Prontuário		
		Disponibilidade	Ter exame de HIV disponível na rede laboratorial municipal	Roteiro de Observação	Laboratório		
			Ter TARV disponível para o tratamento	Roteiro de Observação	Farmácia SAE		
			Ter material para coleta de exames de rotina na rede ambulatorial (Kits para realização de sorologia)	Roteiro de Observação	Laboratório		
			Realizar exames CD4 e CD8 e Carga Viral	Roteiro de Observação e entrevistas	Laboratório		
			Ter fórmula infantil no SAE.	Roteiro de Observação e entrevistas	Entrevista com profissionais		
			Ter preservativos masculinos femininos e gel lubrificante na farmácia	Roteiro de Observação e entrevistas	Entrevista com profissionais		
			Ter passagens no SAE	Roteiro de Observação	Entrevista com profissionais		
			Ter estrutura física compatível com as necessidades (consultórios, recepção, iluminação, ventilação)	Roteiro de Observação			
		Qualidade Técnica	Preenchimento correto dos prontuários e solicitação de exames	Análise de prontuários	Unidades de Saúde		
			Os profissionais capacitados em aconselhamento para o HIV e protocolo de assistência HIV/AIDS	Entrevista	Entrevista com profissionais de saúde		
			Os profissionais participarem rotineiramente de atualizações	Entrevista	Entrevista com profissionais de saúde		
			Prontuário com registros do acompanhamento dos pacientes	Análise de Prontuários	Prontuário		
			Preenchimento das fichas de notificação e investigação AIDS	Análise de documentos	PMAIDS e SINAN		
		Acessibilidade	O SAE está localizado em região considerada de fácil acesso região central	Observação e entrevistas	Entrevistas		
			Funcionamento do SAE período integral	Observação e entrevistas	Entrevistas		

9. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados dessa avaliação são compostos pelos dados de observação, do levantamento da análise dos documentos e sistemas de informação bem como pelas entrevistas realizadas com os técnicos que atuam no SAE e secretária municipal de saúde, o que corresponderia a 07 entrevistas, porém em decorrência de mudança de secretária de saúde durante a realização do estudo, esta não foi entrevistada. Os resultados são apresentados de acordo com as dimensões da assistência ao HIV/Aids (conformidade, acessibilidade, disponibilidade de recursos e qualidade técnica profissional), bem como do contexto a esta relacionada, são aqui apresentados através da transcrição destes diálogos.

O perfil dos técnicos entrevistados de maneira geral pode ser caracterizado como profissionais de nível superior, a maioria destes com pós-graduações nas mais diversas áreas da saúde (saúde pública, administração hospitalar, etc.). São ainda servidores públicos concursados efetivos. Apenas um servidor entrevistado é concursado como nível médio, porém já possui graduação (curso superior). Nenhum dos técnicos que atuam no SAE até o momento tem especialização em qualquer área específica relacionada à HIV/Aids. Os técnicos entrevistados são referenciados no decorrer da apresentação dos resultados e nomeados como informantes 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7.

9.1. Acessibilidade

Em relação ao acesso das PVHA ao serviço, este ocorre tanto por demanda espontânea quanto por encaminhamento segundo a médica do programa “... *A maioria vem encaminhada, a demanda espontânea é muito pouca*” (Inf. 2), na fala da inf. 3 a demanda espontânea existe “... *o paciente vem por conta própria*”, proveniente de diversos municípios da região. A grande maioria dos pacientes vem com resultado de exame HIV realizado e positivo, mas alguns não têm conhecimento da positividade do resultado sendo feito aconselhamento pela equipe.

O atendimento médico no SAE é realizado somente com agendamentos, desta maneira está em concordância com o manual de boas práticas do QUALIAIDS que preconiza que o agendamento das consultas e atendimento com hora marcada para cada paciente como forma de evitar longos períodos de espera demonstrando também respeito ao usuário (QUALIAIDS, 2008). O agendamento é feito via telefone, central de

regulação ou por solicitação direta do paciente no próprio SAE. Em relação ao atendimento dos outros profissionais, a demanda é livre.

O SAE funciona dentro do Centro de Referência em Especialidades, onde também está instalada a Secretaria Municipal de Saúde. É considerado pelos profissionais que ali atuam, de fácil acesso por estar localizado em região central do município. O horário de funcionamento do Centro de Referência é integral (07:00 às 17:00 h) e o do SAE somente no período matutino (07:00 às 13:00 h), 5 dias da semana, devido a carga horária da maioria dos profissionais que ali atuam ser de 30 horas semanais, o que pode ser considerado um fator limitador do acesso dos pacientes ao serviço.

Em relação ao horário de atendimento a informante 4 respondeu que não considera o horário adequado para o atendimento, em apenas um turno, as informantes 1, 2 e 3 responderam que sim, “... *os pacientes já acostumaram*”, fazendo a entender que apesar dos técnicos afirmarem que o horário é adequado, o mesmo não pode ser definido como tal uma vez que é considerado como acesso adequado manter o funcionamento do serviço o maior tempo possível (QUALIAIDS, 2008).

Embora a localização do SAE seja considerada central, na fala da inf. 2, percebe-se que a localização do serviço, anexo ao centro de referência, é um fator negativo quando se trata de acessibilidade, “... *poderia ser melhor acho que deveríamos ter um local específico, não discriminando... acredito que se tivéssemos um lugar poderíamos semi-internar*”.

A fala da inf.1 demonstra que a localização apesar de fácil acesso não é satisfatória “... *poderia ser melhor*”. A Inf. 4 considera a estrutura inadequada “... *poderíamos ter um local próprio, individualizado*”, a Inf. 5 reafirma. “*creio que não! a recepção adequada para os pacientes HIV*” “... *aqui é bom porque é no centro, é mais fácil para os pacientes virem, a não ser os que moram muito longe*”.

No que se refere à acessibilidade esta é considerada um fator importante quando se trata da utilização dos serviços, favorecendo dessa maneira positivamente ou negativamente a adesão das PVHA ao tratamento, dessa forma Silva et. al. (1995) considera as barreiras de acesso como fator importante para a não utilização dos mesmos. Porém na avaliação não foi considerado um parâmetro negativo uma vez que os indicadores relacionados a acesso foram avaliados de maneira positiva.

9.2. Qualidade Técnica

A qualidade técnica está associada ao tempo de experiência na assistência em Aids, sendo considerado de valor os serviços onde os profissionais médicos, infectologistas ou clínicos tenham um tempo médio de cinco anos ou mais de experiência no acompanhamento de PVHA (QUALIAIDS, 2008), porém conforme informações coletadas, somente dois (02) profissionais possuem este tempo: a médica e a farmacêutica. É recomendada também a capacitação continuada de todos os profissionais, inclusive os de nível médio, com a promoção de capacitações, atualizações, bem como fundamental o treinamento específico antes de iniciarem as atividades de atendimento a PVHA.

A equipe relata que os técnicos possuem capacitação para o atendimento as PVHA, foram capacitados em aconselhamento e teste rápido, “... *a maioria é qualificada*” (inf. 4), mas alguns técnicos que foram substituídos nos últimos meses ainda não foram capacitados, “... *Eu não tenho, pois sou novata, ainda não fui capacitada, desde que vim para cá ainda não foi possível ir para Cuiabá para receber capacitação*”(inf.3). As inf. 1 e 2 relataram que: “...*nem todos*” “...*apenas os profissionais mais novos precisam ser capacitados*”.

A participação dos técnicos em capacitações ou congressos é uma dificuldade relatada pelos mesmos, visto que a gestão municipal não tem liberado estes para participarem destas atualizações. “... *apesar do SAE ter recurso, por causa do PAM, o município não tem liberado os técnicos para nenhum congresso!*” (Inf.1). No ano de 2011 apesar de haver sido contemplado no plano de ações e metas (PAM) do programa DST/HIV/AIDS a participação em capacitações e congressos, nenhum dos técnicos foi liberado, situação esta constatada através da observação documental do PAM/2011. Nos armários dos consultórios do SAE estão acessíveis aos técnicos, manuais, protocolos de tratamento e folders informativos, contribuindo assim com a formação destes profissionais.

9.3. Disponibilidade

Estrutura física aceitável, possibilidade de acesso geográfico, e boas condições de biossegurança para os profissionais de saúde são condições mínimas para a instalação de serviços de assistência a PVHA (QUALIAIDS, 2008). A estrutura física do prédio pode ser considerada nova, porém necessitando de manutenção e reforma,

apresentando limpeza comprometida, piso sujo, paredes e portas necessitando de pintura. Possui 05 consultórios, sendo utilizados da seguinte maneira: um consultório para atendimento médico, um consultório para atendimento de enfermagem onde também é realizado o teste rápido para HIV e prova tuberculínica (PPD), um consultório atendimento psicologia, um consultório atendimento serviço social, um consultório de nutrição e um farmácia (unidade dispensadora de medicamentos/UDM).

Não possui recepção exclusiva para atendimento aos usuários do serviço, a inf. 1 foi incisiva quando questionada sobre a estrutura física do SAE: *“... não é adequada para atender pacientes do programa, pois não é exclusiva para este atendimento... cada dia está em uma sala!... a dr^a não é exclusiva, a recepção também não tem! as recepcionistas mal sabem dar informação”*, outros técnicos concordam com esta quando dizem *“... a estrutura é inadequada, poderíamos ter um local próprio, individualizado”*, diz a inf. 4. *“...poderia ser melhor”* na fala da inf. 2 *“...creio que não! a recepção adequada, exclusiva para os pacientes HIV”*.

Quanto a equipamentos como computadores foi observada a existência de 01 na farmácia, 01 no consultório da enfermeira, 01 no consultório do serviço social, 01 no serviço de nutrição, e o equipamento utilizado pela psicóloga são de sua propriedade.

Indagados sobre a existência de equipamentos em quantidade suficiente para o atendimento, os técnicos responderam que no serviço falta equipamentos como computadores, telefone, fax. As inf. 1, 3 e 4 relataram que *“... a estrutura ainda esta inadequada, falta prateleiras, armários, computador”*. *“... aqui faltam algumas coisas, como computadores, telefone, fax”*.

Durante a observação percebe-se, que o único local que existe ramal telefônico é na farmácia, e quando necessário o uso do telefone o técnico deve se encaminhar para a recepção da administração onde existe um aparelho à disposição do serviço, dificultando dessa maneira a privacidade dos assuntos ali tratados.

Os consultórios possuem iluminação natural, ventilação adequada, e os atendimentos são realizados com as portas fechadas. A sala de espera possui água (bebedouro), porém os pacientes enquanto esperam não participam de atividade educativa. O atendimento individual é realizado nos consultórios, porém não há espaço apropriado para realização de atividades em grupo. Na sala de espera há cadeiras para os usuários se sentarem e sanitários. Os arquivos com os prontuários ficam dentro dos consultórios, pois não existe recepção ou local adequado para instalação destes, prejudicando dessa forma a circulação das pessoas.

O paciente em seu primeiro atendimento passa pela consulta de enfermagem com a enfermeira, onde é preenchido o prontuário e feito a anamnese, verificado o peso, e identificado exames complementares, após esses procedimentos, ele é apresentado a todos da equipe e orientado sobre o funcionamento do SAE, a seguir é realizado a consulta médica. Nas consultas subseqüentes ele é atendido pelos profissionais conforme a necessidade individual. Se for necessário referenciar o paciente para Cuiabá, apesar da distancia não é complicado, pois existe serviço de infectologia e este é agendado por telefone, o paciente sai do município com data e hora da consulta agendada na referência estadual.

Quando se trata de atendimento considerado generalista (Hipertensão, diabetes), estes são encaminhados para o programa de saúde de família, com orientação da enfermagem ou do serviço social, se necessita de internação é encaminhado para o pronto socorro municipal onde também fica o hospital em caso de internação.

Com relação à disponibilidade de exames laboratoriais de rotina, o laboratório do município oferece apoio às demandas do SAE, e está localizado próximo ao mesmo. Os exames são regulados pela central de regulação através das unidades básicas de saúde, estes são disponibilizados na atenção básica (unidade saúde da família - USF), na fala da inf. 2 “... a demanda é maior que a oferta”, *agendamento de exames de alta complexidade é uma dificuldade*. Os exames de imagem, como ultrassonografia, RX e tomografia são realizados no próprio município (no centro de referencia e no pronto socorro municipal) e seguem o fluxo de agendamento via central de regulação, sendo necessária a autorização do médico autorizador.

Exames específicos as PVHA como CD4/CD8 e carga viral não são realizados no município somente na capital do estado (Cuiabá), com agendamento trimestral pela assistente social, ficando a responsabilidade do município de origem oferecer o transporte para o paciente (passagem de ônibus ou ambulância). Para resolver esta situação, considerada pelos técnicos como problema, foi oferecido pelo laboratório central do estado a oportunidade de capacitar técnicos para a coleta de material para realização destes exames no próprio município, porém até o momento não ocorreu esta capacitação.

A Unidade dispensadora de medicamentos (UDM farmácia) não atende somente as PVHA cadastradas e assistidas pelo SAE, dispensa medicação de outros agravos como tuberculose, hanseníase, leishmaniose, tabagismo e medicamentos do programa de alto custo, isto foi relatado pela inf. 4 “... a farmácia não é exclusiva para atendimento do SAE, atende programas estratégicos”. São dispensadas medicações

ARV, infecções oportunistas, preservativo masculino e feminino, mas também outros medicamentos como os relacionados ao programa de medicação de alto custo e programas especiais como tuberculose e hanseníase. Relata não ocorrer falta de medicação ARV, em alguma eventualidade “... *não falta TARV, mas se faltar entro em contato com outros SAE e fazemos remanejamento da medicação*” (Inf. 4).

A medicação ARV é dispensada pela farmacêutica, na maioria das vezes após consulta com a médica, esta orienta o uso da medicação e a importância da adesão ao tratamento. A dispensação dos ARV é feita com a utilização do SICLOM, “... *oriento sobre o modo de usar, sobre a importância da adesão, lanço no fichário e no SICLOM*”. (Inf.4).

Os técnicos relataram não ocorrer falta de preservativos masculinos, medicação ARV ou para infecções oportunistas e fórmula láctea, porém em relação ao preservativo feminino e gel lubrificante segundo a inf. 4 “... *às vezes ocorre falta*”, pois o quantitativo disponibilizado pelo Ministério da Saúde muitas vezes é insuficiente, ficando sob responsabilidade do município a aquisição.

No SAE existe serviço de nutrição, porém este não é exclusivo, atendendo aos pacientes do SAE, bem como os do programa de hipertensão e diabetes e bolsa família. A fórmula láctea fica disponível com a nutricionista “... *o estado manda leite para os primeiros seis meses de vida da criança exposta ao HIV, depois o município continua ofertando até os dois anos, adquire com recursos próprios*” (Inf. 6). Foi observada a existência de latas de leite em pó no armário da sala da nutricionista, confirmando assim o relato.

O SAE não é informatizado e até o momento os únicos sistemas de informação que são alimentados são o SICLOM e o SINAN, o SICTA que é um sistema de informação próprio de centro de testagem e aconselhamento está em processo de implantação, o que já deveria ter ocorrido, mas devido o técnico que foi capacitado não estar atuando mais na secretaria a implantação está paralisada. As fichas de notificação e investigação dos casos de aids são preenchidas pela enfermeira do programa e encaminhadas para digitação na coordenação de vigilância epidemiológica da secretaria municipal de saúde. Até o ano de 2009 os casos de aids não eram notificados no SINAN, pois a equipe que ali atuava anteriormente tinha o posicionamento de não notificar, com as mudanças ocorridas nesta época é que a enfermeira que assumiu a função notificou todos os casos de uma vez só.

9.4. Conformidade

A equipe que atua no SAE é composta de: 01 médica especialista em ginecologia, que também atende o programa de prevenção e controle do câncer ginecológico, esta atua há mais de cinco anos com HIV/AIDS, 01 enfermeira especialista em saúde pública, 01 psicóloga, 01 assistente social, 01 farmacêutica, 01 nutricionista e 01 auxiliar de enfermagem. Estes profissionais também atendem outros programas (hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes) não sendo exclusivas para a assistência as PVHA, situação confirmada na fala de um dos informantes, quando diz:

“... eu mesmo atendo vários tipos de situação, catarata, idoso”[...]os profissionais acumulam funções atrapalhando a assistência ao paciente HIV, a médica atende o programa viva mulher, a farmacêutica atende o alto custo, a enfermeira atende TB e hansen, eu só atendo o programa porque bato o pé”.(Inf. 1).

Para Melchior (2003) serviços com número reduzido de pacientes, os profissionais tem uma menor possibilidade de se dedicar integralmente a assistência de PVHA, pois atendem outras demandas, tornando o tempo dedicado a área de HIV/Aids menor, como consequência disso, menos chance de desenvolver (ou aplicar) tecnologias apropriadas.

O Serviço não possui em seu quadro o médico infectologista e quando necessário segundo a inf. 1 estes são referenciados para Cuiabá *“... Não temos infectologista, os pacientes mais complicados são encaminhados para a referência em Cuiabá”*. A situação descrita está em concordância com o estudo de Castanheira (2002) que afirma que serviços pequenos encontram dificuldades até mesmo quanto ao acesso e recursos materiais como exames ou para referenciar pacientes, referindo que muitos serviços se ressentem do isolamento, por não possuírem apoio institucional ou interinstitucional.

Para Campos (2000) ainda que a equipe multiprofissional seja recomendada como a solução milagrosa para superar os problemas da fragmentação e da especialização excessiva dos profissionais, a simples implementação não garante a qualidade da assistência, dessa maneira pode-se afirmar que a existência da equipe completa, ou seja, presença de todos os perfis profissionais não é o suficiente para considerar a oferta de assistência de qualidade.

Existem referência e contra-referências definidas segundo os técnicos entrevistados, porém conforme relato da inf. 2 “... a referência é prejudicada principalmente quando há a necessidade de encaminhar o paciente para internação no hospital municipal, uma vez que alguns médicos desconhecem protocolos clínicos de assistência a PVHA”, “... *tem dificuldade com os médicos do hospital*” fala a inf. 1. No que diz respeito à gerência do serviço, o SAE era anteriormente coordenado pela psicóloga, esta também respondia pelo preenchimento e monitoramento do plano de ações e metas (PAM), porém no momento da coleta dos dados da pesquisa, encontra-se sem coordenação. O cargo não está contemplado no organograma da secretaria municipal daí não ser remunerado, dificultando desta maneira o preenchimento da vaga.

O serviço não realiza reuniões de equipe com periodicidade, anteriormente faziam reuniões todas às sextas-feiras entre os técnicos, “... *mas de um tempo para cá isto não ocorre*” (inf. 4). Não existe um plano ou projeto assistencial sendo que as atividades se restringem as planejadas no PAM, porém desde o ano de 2011 são poucas as atividades planejadas que foram executadas.

Durante a observação dos prontuários foi verificado que estes são individuais e ficam arquivados dentro do consultório de enfermagem, com objetivo de manter o sigilo e a confidencialidade. Todos os profissionais fazem anotações nos prontuários, somente a psicóloga faz anotações em prontuários individuais que são arquivados no consultório de psicologia. Possuem capa, e estrutura organizada, são arquivados nos prontuários resultados de exames CD4 CD8 e carga viral, estes estão arquivados por ordem alfabética, com acesso restrito aos técnicos do serviço, procurando manter assim o sigilo e a privacidade. As anotações dos profissionais (médica, enfermeira, assistente social, farmacêutica) são claras, relatam o exame do paciente e as orientações dadas, queixa principal, prescrição realizada e são anexados a este os resultados de exames laboratoriais.

Houve uma maior dificuldade com relação à análise de documentos proposta, pois em 2008 ocorreram mudanças na administração com a substituição de técnicos do SAE e nestas mudanças houve perda de documentos e livros de registros. Ainda é possível encontrar em arquivo que se encontra no consultório de enfermagem algumas pastas contendo ofícios antigos. Nas atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde foi detectada em algumas reuniões registros sobre a apresentação e aprovação do PAM.

Conforme informação dos técnicos, o serviço não possui normas e rotinas próprias utilizando como orientações os manuais do Ministério da Saúde, porém no

consultório de enfermagem existe fluxograma de referência (Fluxograma 1), e manual de normas e rotinas de enfermagem.

O número de casos de aids informados no SINAN NET do município (79) não corresponde ao número obtido através das informações existentes no DATASUS (100), acredita-se que esta diferença ocorra devido à possibilidade que o usuário tem de se tratar em outros locais que não seja o seu município de residência. Todos os pacientes que são acompanhados no SAE estão notificados no SINAN, conforme registro do número da notificação do SINAN observado nos prontuários.

O recurso financeiro originado do plano de ações e metas (PAM) é a fonte primária de recurso, utilizada pela gestão municipal para o desenvolvimento das ações de promoção, prevenção e controle relativos à aids, o mesmo acompanha as diretrizes fixadas pelo Ministério da Saúde.

Foi instituído no município de Barra do Garças desde 2003, e vem sendo elaborado e monitorado anualmente. Foram elaborados e executados até o ano de 2011, oito (08) planos, não coincidindo com os anos de execução, pois em 2005, não consta no sistema a elaboração e execução daquele ano. Não foi identificado o motivo pelo qual em 2005 não foi elaborado/monitorado. A Inf. 7 relata que “... *existe contrapartida municipal de recursos, pois somente o valor depositado pelo Ministério da Saúde (R\$75.000,00/ano) não seria suficiente para a execução de todas as atividades relacionadas a assistência a PVHA*”

Quando questionados durante a entrevista sobre o que consideravam de melhor qualidade na assistência oferecida pelo serviço às PVHA, ocorreu uma unanimidade nas respostas dos informantes 1, 2, 3 “... *o acolhimento, porém o atendimento não depende exclusivamente dos técnicos*”, a informante 1 utiliza o termo “*humanização*” para qualificar o que considera de melhor qualidade, “... *o acolhimento da equipe*”. Considerando que acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2010) pôde-se observar que os informantes acolhem bem os usuários.

A inf. 7 informa “... *até o momento nunca recebi queixas sobre a qualidade do serviço do SAE e não tenho conhecimento sobre esta pesquisa (QUALIAIDS)*”, os inf. 1, 3, 4 têm conhecimento sobre a pesquisa, e já preencheram o questionário em anos anteriores.

Quanto a influência da gestão municipal em relação à assistência a PVHA, verificou-se pouco envolvimento desta na implementação das ações de assistência, isto possivelmente pode ser explicado pelo desconhecimento sobre o número de PVHA na região, informações a respeito do PAM e sobre o QUALIAIDS pela gestora e equipe, refletindo assim em não adequação do serviço as diretrizes preconizadas por estes instrumentos.

Detecta-se a fragilidade em relação às atribuições da coordenação do serviço, uma vez que não está definido para o serviço um técnico para a função e as ações relativas à assistência, relatado na fala dos inf. 1 “... *a falta de coordenação e autonomia é um problema sério do serviço*”.

Nas respostas sobre o que consideravam de pior qualidade na assistência, os relatos de acordo com os perfis profissionais entrevistados diferem, para a informante 1 “... *a não realização dos exames CD4 e CD8 no município, falta de um número maior de profissionais e autonomia*”, já a inf. 3 responde: “...*o agendamento de exames de complexidade dificultam a assistência*”, para a inf. 2 “...*a demora para o agendamento de procedimentos especializados, como consultas e exames, é muito ruim*” e a informante 4 diz: “...*acho que o não funcionamento em período integral prejudica o paciente*”, as inf. 5 e 6 não definiram nenhum ponto como de pior qualidade.

Para finalizar as entrevistas a pesquisadora perguntou aos entrevistados o que poderia contribuir para a melhoria da qualidade do serviço, obtendo várias sugestões: “... *desvincular o SAE do centro de referência e definir uma gerência*” (inf.1),

“...*Mudar o SAE de local*”, (Inf.2)

“... *Estrutura física exclusiva para o SAE*” (inf.3)

“...*Funcionamento em período integral*”(Inf.4),

”...*melhoria na farmácia*”(Inf.4),

”...*contratação de infectologista*”(Inf.3)

”...*implantação de exames laboratoriais*”, ”...*priorizar as necessidades da assistência médica aos pacientes*”(Inf.1),

”...*capacitação profissional*”(Inf.3),

”...*contratação de especialista*”(Inf.1),

”...*melhoria do nosso salário*”(Inf. 1, 2, 3, 4).

O quadro abaixo (5) reúne informações sobre a matriz de julgamento elaborada pela pesquisadora, nele estão descritos os parâmetros/indicadores utilizados como referencial para determinação do grau de qualidade do serviço avaliado.

Quadro 5 Matriz de Julgamento da Avaliação da Qualidade do serviço de atendimento especializado em HIV/AIDS no município de Barra do Garças-MT

Dimensão	Critérios / Indicadores	Padrão	Valor máximo esperado = 100 pontos	Descrição do valor ou ponto de corte	Valor Observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado)	Julgamento de acordo com o atribuído
Conformidade	% de pacientes AIDS que são acompanhados pelo SAE em relação ao número do DATASUS	= ou > 90%	10	90 a 100% = 10 70 a 89% = 6 40 a 69 = 4 20 a 39% = 2 0 a 19 = 1	70%	6	Regular
	% de pacientes AIDS em uso de TARV	= ou > 90%	10	90 a 100% = 10 70 a 89% = 6 40 a 69 = 4 20 a 39% = 2 0 a 19 = 1	70%	6	Regular
	% consultórios para atendimento ao paciente HIV/AIDS	= ou > 90%	5	90 a 100% = 5 70 a 89% = 4 40 a 69 = 3 20 a 39% = 2 0 a 19 = 1	100%	5	Ótimo
	% exames de rotina na rede laboratorial do município	Diariamente	5	Diariamente/sem = 5 3vezes/sem = 3 1 vez/sem = 0	100%	5	Ótimo
	Nº de exames de CD4 e CD8 e Carga viral	Sim	10	Sim = 10 Não = 0	0%	10	Insuficiente
	Existência de fluxo de referencia e contra-referencia SAE e Atenção Básica	Sim	5	Sim = 5 Não = 0	40%	4	Bom
	Elaboração e execução do PAM	Sim	10	Sim = 10 Parcialmente Executado = 5 Não = 0	50%	5	Bom
	Pontuação Máxima Esperada		55 pontos	100%	74%	41	Bom
	Pontuação Mínima Esperada		8 pontos				

Dimensão	Critérios / Indicadores	Padrão	Valor máximo esperado = 100 pontos	Descrição do valor ou ponto de corte	Valor Observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado)	Julgamento de acordo com o atribuído
Disponibilidade	Ter exame de HIV disponível na rede laboratorial municipal	Sim	2	Sim = 2 Não = 0	100%	2	Ótimo
	Ter TARV disponível para o tratamento	Sim	3	Sim = 3 Não = 0	100%	3	Ótimo
	Ter material para coleta de exames de rotina na rede ambulatorial	Sim	2	Sim = 2 Não = 0	100%	2	Ótimo
	Ter estrutura física adequada	Sim	5	Sim=5 Intermediário=2 Não=0	70%	3	regular
	Realizar exames CD4 e CD8 e Carga Viral	Sim	2	Sim = 2 Não = 0	0%	0	Insuficiente
	Ter fórmula infantil no SAE.	Sim	2	Sim = 2 Não = 0	100	2	Ótimo
	Ter preservativos masculinos femininos e gel lubrificante na farmácia	Sim	2	Sim = 2 Não = 0	100%	2	Ótimo
	Ter passagens no SAE	Sim	2	Sim = 2 Não = 0	100%	2	Ótimo
	Pontuação Máxima Esperada		20 pontos		80%	16	Bom
	Pontuação Mínima Esperada		0 pontos				

A consolidação dos indicadores foi feita através do somatório dos valores considerado pela pesquisadora como positivos, indicadores estes elencados na matriz de avaliação.

Após a consolidação dos indicadores e parâmetros apresentados pode-se aferir que em relação à conformidade o SAE alcançou valor igual a 41 pontos (74%) sendo que a pontuação máxima estipulada foi de 65 (100%).

Em relação à disponibilidade a pontuação máxima foi definida em 20 pontos e o valor encontrado foi de 16 pontos (80%). Quanto à qualidade técnica a pontuação máxima esperada foi de 25 pontos e a observada 14 pontos (63%).

A acessibilidade foi definida com pontuação máxima de 10 pontos e o valor observado foi de 05 pontos (50%) uma vez que o serviço somente conseguiu pontuação em um dos dois itens avaliados.

O somatório dos indicadores e parâmetros corresponderia ao alcance de 120 pontos, ou seja, 100% do alcance destes, o alcançado foram 76 pontos (63%). Percebe-se na análise do julgamento do grau de qualidade que a pontuação de alguns parâmetros eleva o percentual de parâmetros avaliados com valor inferior.

Os resultados obtidos indicam que o serviço de assistência especializada em HIV/AIDS apresenta em geral, composição tecnológica, organizacional e funcional adequada ao atendimento das necessidades de saúde de PVHA, podendo inferir que os indicadores e parâmetros elencados na matriz de julgamento estão de um modo geral apropriado para o modelo de avaliação proposto.

A metodologia de avaliação permitiu identificar áreas críticas relacionadas à oferta de exames especializados, bem como a qualidade técnico científica. O baixo desempenho referente à qualidade técnica pode estar relacionado principalmente a não disponibilidade de profissionais especialistas a exemplo infectologista, e ao pouco investimento verificado por parte da gestão em capacitar os técnicos que ali atuam, comprometendo dessa maneira a qualidade da assistência.

Neste sentido os dados coletados estão em concordância com Casate & Correa (2005) que afirmam que para se garantir uma assistência humanizada e adequada depende da organização dos serviços de saúde, envolvendo investimentos em estrutura física, considerando desde arquitetura, dimensão, até localização do serviço.

Diante dos padrões estabelecidos para a emissão de um julgamento, pode-se determinar que a qualidade da assistência do SAE de Barra do Garças em relação as dimensões consideradas encontra-se em um patamar bom (65%) confirmando dessa maneira o pressuposto que independentemente do tamanho do serviço e em relação às

dimensões avaliadas este pode e deve ter boa qualidade da assistência oferecida as PVHA.

10. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresentou limitações uma vez que não possibilitou a generalização dos achados se restringindo a percepção dos técnicos e da pesquisadora. Dessa maneira não ofereceu a amplitude referente à visão dos usuários quanto à qualidade da assistência recebida, o que possibilitaria uma melhor definição do grau de qualidade do serviço.

O fato de a pesquisadora fazer parte do serviço avaliado foi considerado como fator limitador em se tratando de um serviço pequeno, pois apesar da mesma ter procurado durante todo o desenvolvimento da pesquisa manter a imparcialidade, principalmente durante a discussão dos resultados, foi percebido por parte dos possíveis interessados pela avaliação um discreto desinteresse pela mesma por entenderem se tratar de um trabalho acadêmico e dessa maneira o interesse ser pessoal.

11. RECOMENDAÇÕES

As evidências encontradas neste estudo relacionadas ao grau de qualidade da assistência apontam para a necessidade de quando da implantação de novos serviços ser importante considerar os perfis tecnológicos e as especificidades *loco regionais*, desta forma o princípio do SUS relacionado à equidade será melhor aplicado.

As recomendações aqui apresentadas serão divididas conforme as sub-dimensões avaliadas:

Acessibilidade

Recomenda-se expandir o horário de atendimento do SAE para período integral, com atendimento dos profissionais em todos os períodos o que possivelmente irá refletir na ampliação do acesso a assistência especializada a PVHA. Quanto ao local onde se localiza atualmente o SAE, anexo ao Centro de Referência, talvez a transferência para um local com espaço físico maior, onde se pudesse estruturar a recepção, com arquivos e atendimento personalizado, contribuísse para melhorar a acessibilidade ao mesmo. A discussão entre os diversos interessados (técnicos, gestor, pacientes) em relação à melhor localização para instalação do SAE bem como as mudanças a serem efetuadas, com objetivo de adequar a estrutura física do serviço, facilitará a tomada de decisão.

Conformidade

Disponibilizar a equipe multidisciplinar para o atendimento exclusivo às PVHA assistidas no SAE, visto que a sobrecarga de atividades dos profissionais, atividades estas não relacionadas ao serviço, interferem na qualidade da assistência ofertada aos usuários do mesmo;

Viabilizar a contratação de um profissional médico infectologista para compor a equipe, fortalecendo assim a assistência a PVHA;

Desenvolver de maneira efetiva as metas elencadas no PAM, consolidando assim a aplicação integral do recurso financeiro destinado as ações de promoção, prevenção e controle das DST/HVI/Aids e hepatites virais;

Rever o organograma da secretaria municipal de saúde, situando o SAE no mesmo, assim será possível nomear profissional para gerenciar o serviço;

Desenvolver atividades de promoção e prevenção relacionadas às DST/HIV/Aids e hepatites virais e de reconhecimento do serviço, envolvendo a população em geral, o que contribuirá para a redução da morbidade referente aos agravos, uma vez que o município bem como a região possui características turísticas e com maior suscetibilidade para ocorrência de Aids;

É importante ainda que as gestões municipais e estaduais efetivem o fluxo de referência e contra referência em todos os níveis da assistência desde as unidades básicas de saúde até os serviços de alta complexidade atribuindo a responsabilidade do controle de agendamento ao sistema de regulação;

Promover periodicamente reuniões entre os técnicos do SAE para levantamento dos problemas bem como estratégias para condução das atividades ali desenvolvidas estabelecendo mecanismos de articulação entre o SAE, Secretaria de saúde e sociedade civil;

Disponibilidade

Implantar a coleta de exames específicos para assistência a PVHA, como CD4, CD8 e carga viral no próprio município, facilitando assim a realização dos mesmos pelo paciente, bem como a adesão ao tratamento;

Estruturar o SAE com equipamentos necessários para a condução da assistência (computadores, fax, telefone, armários), informatizando e implantando o SI-CTA, com objetivo de agilizar o atendimento ao usuário, possibilitando o monitoramento e acompanhamento dos casos ali atendidos;

Manter a oferta de preservativos masculinos e femininos a PVHA, bem como para a população em situação de vulnerabilidade, como forma de promover a integralidade da assistência, incluindo na rotina a oferta de gel lubrificante;

Qualidade Técnico-Científica

Promover capacitações em DST/HIV/Aids e hepatites virais, preparando os técnicos que atuam no SAE para prestarem assistência mais qualificada as PVHA;

Uma vez que a qualidade técnico-científica está diretamente vinculada a oportunidade dos técnicos que assistem a PVHA participarem de eventos científicos bem como em serem preparados para prestarem esta assistência, desta maneira cabe ao gestor a função de facilitador deste processo oportunizando meios para que ocorra o crescimento profissional individual e coletivo;

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a expansão dos serviços de atendimento especializados, a descentralização e interiorização destes serviços é uma realidade no país, e que esta expansão contribuiu significativamente para aumentar o acesso ao tratamento, podemos afirmar que os SAE têm fundamental importância na assistência a PVHA.

Ressalta-se que o estudo não oferece à possibilidade de generalização, uma vez que a avaliação baseou-se na ótica dos técnicos, nas experiências e subjetividades destes, porém subsidia a discussão ampliada sobre a expansão e a atual situação de serviços considerados pequenos e localizados no interior do país.

O grau de qualidade observado nas sub-dimensões avaliadas indicam a necessidade de se repensar e discutir entre as diversas instâncias (federal, estadual e municipal) as diretrizes e formas de organização de serviços de pequeno porte., bem como estabelecer um processo sistemático de monitoramento/avaliação destes serviços levando em consideração as realidades locais, auxiliando dessa maneira na organização da assistência e do processo de trabalho.

Confirmando o pressuposto que a assistência de qualidade não deve ser um princípio apenas de serviços maiores, possibilitando dessa maneira estabelecer redes de assistência entre a atenção básica e os serviços mais complexos, o que favorecerá o acesso à assistência de qualidade a um grupo populacional que na maioria das vezes já se encontra à margem de assistência devido ao estigma e preconceito presentes no cotidiano das PVHA.

A avaliação qualitativa dos serviços de saúde apresenta-se como um instrumento importante capaz de contribuir no direcionamento das ações desenvolvidas pelos mais diversos programas, porém em especial no que reporta a PVHA, fornece elementos valiosos, pois detecta situações subjetivas e leva as reflexões que em uma pesquisa somente quantitativa não seria possível a percepção.

Devido à extensão territorial brasileira e principalmente a do estado de Mato Grosso onde está localizado o serviço avaliado, ser grande e não favorecer a implementação de serviços de saúde especializados, observa-se que existe o esforço dos profissionais que atuam no interior em ofertar assistência de qualidade, diante disso aumenta a necessidade avaliações e monitoramento destes serviços, com objetivo de melhorar a assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.

Apesar deste estudo ter avaliado a assistência prestada por um único serviço, foi extremamente interessante a realização do mesmo, pois levou a reflexão sobre este tipo

de assistência ofertada a PVHA , dessa maneira pode-se surgir novos estudos sobre o tema e com um grupo maior de sujeitos. Assim os resultados obtidos poderão subsidiar reflexões para a instituição, contribuindo para o planejamento de outras intervenções, com vistas a melhoria da qualidade da assistência a PVHA.

13. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 2 fev. 2012.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 2 fev. 2012.

BRASIL **Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde** (1996) Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio10.pdf> Acesso em 02 de fev 2012.

BRASIL, 2009. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Secretaria de Vigilância em Saúde: Programa Nacional de DST e AIDS. Ano VI nº 01. Brasília: MS, 2009.

BRASIL, 1998 Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A AIDS no Brasil – um esforço conjunto**. Brasília: MS, 1998.

BRASIL, 1998 **Alternativas assistenciais à Aids no Brasil : as estratégias e resultados para implantação da rede de Serviços de Assistência Especializada** HTTP://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/_relativ_anexo2html acessado em 05/11/2010

BRASIL, 1996 Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Aspectos da epidemia entre as mulheres**. Brasília: MS, 1996.

BRASIL, 2002. Conselho Nacional de Saúde: **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa** Brasília: MS, 2002.

BRASIL, 2005 **Avaliação para melhoria da qualidade: Qualificação da estratégia de saúde da família** In: SAMICO I (org.) **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais**, 2010: 4 p. 43- 55.

BRASIL, 2006. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Secretaria de Vigilância em Saúde: Programa Nacional de DST e AIDS. Séries Manuais nº 68. Brasília: MS, 2006.

BRASIL, 2007. **Manual da Oficina de Capacitação em avaliação com foco na melhoria do Programa**. MS, 2007.

BRASIL, 2008 **QUALIAIDS Avaliação e Monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS**. Série A Normas e Manuais técnicos, Brasília, 2008.

BRASIL, 2008 **Avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/Aids - QUALIAIDS relatório , 2007/2008**. Brasília, 2008.

BRASIL, 2008 **A Assistência e as Alternativas-Serviço de Assistência especializada (SAE)**. Disponível em http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_anexo2.htm>. Acesso em 10 de março 2012 b.

BRASIL, 2008 **Alternativas Assistenciais à Aids no Brasil**: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviço de Assistência Especializada. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/udtv/bolepide/alternativas.htm>>. Acesso em: 01de maio 2012.

BRASIL, 2010 **Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids UNGASS – HIV/Aids: Resposta Brasileira 2008-2009: Relatório de Progresso do País**. Brasília, DF, 2010

BRASIL, 2010 DATASUS. **Departamento de informática do SUS**. Disponível em <http://datasus.gov.br>. Acesso em 22 de outubro de 2010.

BRASIL, 2010 **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** 2ª Ed. Brasília 2010

MATO GROSSO. **Resolução Comissão Intergestora Bipartite (CIB) MT nº 016** de 10 de maio de 2002.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acessado em 22 de outubro de 2010.

AGUILAR, MJ; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Ed. Vozes, Petrópolis, 1994.

ANDRADE, L. O. M. **Do nascimento da saúde pública ao movimento pré-SUS**. In: SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral: Edições UVA, 2001a. p. 19-28.

ANDRADE, L. O. M. **A regulamentação do SUS**. In: SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral: Edições UVA, 2001b. p. 20-31.

BACARINI, R **Avaliação de implantação da assistência ambulatorial às PVHA no SUS: uma análise dos serviços de pequeno porte a partir das pesquisas Qualiaids**. Tese de dissertação apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ dezembro 2011.

BAPTISTA, T. W. F. **O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele**. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Textos de apoio em políticas de saúde*. 20. ed. Rio de Janeiro, 2005. v. 1, p. 11-42.

BAPTISTA, T. W. F. **História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde**. In: MATTA, Gustavo Correa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. v. 3.

BARBOSA, M.T.S ; STRUCHINER, C.J. **The estimated magnitude of AIDS in Brazil**: a delay correction applied to cases with lost dates Cad. Saúde pública jan.-fev. 2002.

BARROSO L.M.M, GALVÃO M.T.G. **Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS**. Rev. Texto e contexto-enfermagem Vol. 16 nº3 Florianópolis, 2007.

BONALDI, C et al. **O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: Experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, RA; BARROS, ME (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. IMS, UERJ, Rio de Janeiro 2007. p. 53-72.

BUCHALLA, C. **Aids: Surgimento e a evolução da doença.** In: **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil** (C. A. Monteiro, org.), p. 331-348, São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

CAMPONAR, M.C. **Do uso de “estudo de caso” em pesquisa para dissertações e teses em administração.** Rev. de Administração, V.26 nº 3 p. 95-97, julho/setembro, São Paulo, 1991.

CAMPOS, G.W.S. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde.** In MERHY, EE; ONOKO, HT (organizadores) **Agir em saúde; um desafio para o público.** Ed. Hucitec, São Paulo, 2000.

CASATE, J.C; CORRÊA, A.K. **Humanização do atendimento em saúde: Conhecimento veiculado na literatura brasileira.** Revista Latino Americana de Enfermagem, São Paulo, v 13 nº1 pag.105-111, 2005.

CASTANHEIRA, E.R.L. **Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/Aids em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e processo de trabalho.** São Paulo, 2002 (Tese de Doutorado Faculdade de Medicina USP)

CASTILHO, A.E. ; CHEQUER, P. **A epidemia da Aids no Brasil.** In: **Simpósio Satélite sobre a Epidemia da Aids no Brasil: Situação e Tendências**, pp. 9-12, Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Avaliando a institucionalização da avaliação.** Ciência & Saúde Coletiva, Set/2006, vol.11, nº3, p.705. Disponível em: < [http://scielosp.org.pdf/csv/v.11 nº 3 / 30984. Pdf](http://scielosp.org.pdf/csv/v.11/nº3/30984.Pdf) > Acesso em 10 de outubro 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A.P; CHANPAGNE, F **Avaliação da área da saúde: Conceitos e Métodos.** Ed.Lebrun e Saily & Amouretti,1992 pág 14-32.

COSENDAY, M.A.E. **Análise da implantação do programa de farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco Estados do Brasil.** Tese de doutorado. ENSP/ Fiocruz, Rio de Janeiro. 2000.

CRUZ, M.M et.al. **Evaluation of STD/AIDS prevention programs: a review of approaches and methodologies.** Cad. Saúde Pública, May 2007, vol.23, nº. 5, p.995-1003. ISSN 0102-311X.

DENZIN, N.K; LINCONL, I. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa**, 1994.

DESLANDES, S.F, 1997. **Concepções em pesquisa social: Articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, 13:103-108.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care.** Milbank Mem Fund 1966; 44 (3):166-206.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality,** 1990.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1999.

FILGUEIRA, SL; DESLANDES, S. **Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa.** Caderno de Saúde Pública, vol.15 Rio de Janeiro, 1999.

FRIAS, PG. et. al. **Atributos da qualidade em saúde.** In: SAMICO I (organizadores) **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais,** 2010: cap.4, 43- 55.

GOMES, R; SILVA, C.M.F.P; DESLANDES, S.F; SOUZA, E.R. **Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro segundo a visão de seus usuários.** Caderno de Saúde Pública, vol. 15 supl. 2 Rio de Janeiro, 1999.

GRANGEIRO, A. et.al. **Sustentabilidade da política de acesso antirretrovirais no Brasil.** Rev. Saúde Pública 2006; 40(Supl.): p.60-92.

GRANT, M. **Quality of Care.** Handbook of community health.4TM Ed. Lea & Febiger, Philadelphia, 1987.

HARTZ, Z.M et. al. **Dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas.** Rio de janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z.M; SILVA, L.M.V. **Avaliação em Saúde dos modelos teóricos à pratica na avaliação de programas e Sistemas de Saúde.** Salvador; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

KITAHATA, M.M; TEGGER, M.K; WAGNER, E.H; HOLMES, K.K. **Comprehensive health care for people infected with HIV in developing countries.** BMJ2002; 325 (7370): p.954-7.

YIN, RK. **Estudo de Caso: uma Estratégia de Pesquisa,** 1990.

MACHADO, C. V. ***Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002.*** Rio de Janeiro: Ed. do Museu da República, 2007.

MATTA, G. C. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde** In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (Org.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. v. 3. p. 61-80.

MATTOS, R.A. **Integralidade e a formulação de Políticas Específicas de Saúde.**In: PINHEIRO, R.M, RUBEN, A (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** : IMS, UERJ, Rio de Janeiro 2003. P. 45-59.

MATOS, E; PIRES, D.E.P. **Práticas de cuidados na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor.** Texto Contexto enfermagem, 2009.

MATOS, R.A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO R, MATOS R.A, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001, pag.39-64.

MENDES, E.V. **O dilema fragmentação ou integração dos sistemas de serviços de saúde: por sistemas integrados de serviços de saúde.** In: Mendes, E. V. **Os grandes dilemas do SUS.** Tomo 2. Casa da Qualidade Editora, Salvador, 2001.

MEDINA, M.G et al. **Usos de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais** In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação em saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005: p. 45-74.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** Hucitec, São Paulo, 2002.

MIRSHAWKA, V. **Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil.** São Paulo: Makron Books, 1994, p. 37.

NEMES, M.I.B et al. **Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para investigação em serviços de saúde no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004 a.

NEMES, M.I.B et. al. **Avaliação da qualidade da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com AIDS no Brasil**, Cad. Saúde Pública vol. 20 Rio de Janeiro, 2004 b.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. de. **Direito à saúde: um convite à reflexão**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2004.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária e modelos assistenciais**. In: ROUQUAYROL, MZ (Org.). **Epidemiologia e saúde**. Medsi Rio de Janeiro: 1976.

PATTON, M.Q. **Utilization-Focused evaluation: a systematic approach**. 7. ed., Thousand Oaks: Sage publication, 2004, p.1-29.

PINHEIRO, R; MATOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Abrasco, Rio de Janeiro, 2001.

PNUD, 2000. **Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento**. Atlas do desenvolvimento humano. Disponível em www.pnud.org/atlas, acessado em 27 de novembro de 2011.

SAMICO, I e cols., **Avaliação em Saúde - Bases conceituais e operacionais** IMIP, 2010.

SANTOS, A.R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Lamparina, 2005.

SERAPIONI, M. **Avaliação da qualidade em saúde: Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional**. Rev. Críticas de ciências sociais, p. 65-82 junho, 2009.

SCRISHAW, S; HURTADO, H. **Rapid assessment procedures for nutrition and primary health care**. San Francisco: University of Califórnia, Latin American Center Publications (1997).

SCRIVEN, M.S. **Evaluation thesaurus**. 4ed Newbury Park: Sage Publications, 1991.

SILVA JÚNIOR A.G **Avaliação da atenção em saúde básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos**. In PINHEIRO, R; MATOS, RA **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. ABRASCO, Rio de Janeiro, 2001.

SILVA JÚNIOR, A.G; ALVES CA. **Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas** Texto apresentado a XI à CNS - Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, L.M.V; FORMIGLY, V.L.A; CERQUEIRA, M.P **O processo de distritalização e utilização de serviços de saúde- Avaliação do caso de Pau da Lima**, Salvador, BA -Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 1995.

STAKE, R.E. **Multiple case study analysis**. New York, 2006.

TURATO E.R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**, 2005.

STARFIELD B. **Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”**. In Starfield B, organizador. **Atenção primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para educação , a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde: 2002.pag.207-45.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2ª Ed. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

VICTORA, C.G, SANTOS I.S **Serviços de Saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação** Caderno de saúde pública v.20 supl.2 Rio de Janeiro, 2004.

VUORI, H. **Estratégias para melhoria da qualidade dos cuidados de saúde**, 1988.

VUORI, H. **A qualidade da saúde**. Divulgação em saúde para debate, p. 17-25, 1991.

WORTHEN, B.R, SANDERS, J.R, FITZPATRICK J.L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito e avaliação de indicadores** RAS Vol. 2 nº 8 jul-set, 2000.

ANEXOS

Anexo 1

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PROJETO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS (SAE) NO MUNICÍPIO DE BARRA DO GARÇAS-MT

O presente estudo tem por objetivo avaliar o grau de qualidade do serviço de assistência especializada em HIV/AIDS (SAE) no município de Barra do Garças.

Visa identificar os fatores do contexto externo, técnico-organizacional e de implantação, que influenciam na assistência as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e são acompanhadas no SAE.

Serão examinados dados institucionais disponíveis em documentos como relatórios técnicos e gerenciais, além da aplicação de um questionário semi-estruturado por meio de entrevistas a serem realizadas pela própria pesquisadora.

Constituem sujeitos da pesquisa: gestores e profissionais de saúde que atuam no serviço acima.

É responsabilidade do avaliador o fornecimento de qualquer esclarecimento antes, durante e após a pesquisa. As informações resultantes serão sigilosas, os resultados para os usuários potenciais da avaliação serão apresentados na forma de relatórios parciais, sumários executivos e relatório final da avaliação.

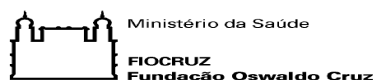
As dúvidas sobre a pesquisa serão esclarecidas por e-mail hdora@uol.com.br

Se a instituição estiver de acordo com esse termo, participará da pesquisa fornecendo autorização para revisão dos documentos citados neste termo e concordará em participar das entrevistas.

Eu, **Daniela Sallun**, Secretária Municipal de Saúde de Barra do Garças, declaro ter entendido os esclarecimentos e concordo voluntariamente em incluir a instituição no estudo.

Barra do Garças, 20 de Dezembro de 2010

ASSINATURA



Anexo 2

Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz

Pós-Graduação em Saúde Pública

Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde PROJETO DE PESQUISA:
**AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DO SERVIÇO DE ASSISTENCIA
ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS (SAE) NO MUNICÍPIO DE BARRA DO
GARÇAS-MT**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Profissional,

Você está sendo convidado (a) a participar de pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS (SAE) NO MUNICÍPIO DE BARRA DO GARÇAS-MT**, que servirá de base para elaboração de dissertação de Mestrado em Avaliação em Saúde.

Você foi selecionado por ter atuação estratégica no processo de gestão e/ou de atuação nas ações do Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS (SAE) Barra do Garças - MT.

Sua participação na pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo consistem em identificar os fatores do contexto externo, técnico-organizacional e de implantação, que influenciam nas ações de assistência as pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) e são acompanhadas neste serviço; classificar o serviço quanto ao grau de qualidade; aprofundar o conhecimento sobre a condução do processo de desenvolvimento da assistência a saúde as PVHA e a partir daí contribuir para a melhoria da qualidade desta assistência.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações relativas às formas de gestão e/ou de assistência às ações de controle, definição e conhecimento das

metas preconizadas pelo SAE e Programa Nacional DST/HIV/AIDS, através de entrevista feita pela pesquisadora, sendo que para a entrevista será utilizado roteiro e gravador.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre sua participação, porém pela função pública exercida, existe a possibilidade de identificação. Os dados coletados durante a realização da pesquisa ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora para garantir a confidencialidade das respostas, por ser um estudo de caso único em um serviço de pequeno porte, existe o risco de identificação do técnico entrevistado, e a pesquisadora deverá manter os cuidados para que seja resguardado a confidencialidade das informações obtidas.

Os benefícios relacionados com a sua participação são considerados diretos e relacionam-se com a melhoria da qualidade da assistência as PVHA e com o caráter pedagógico do processo avaliativo em questão.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora Principal: Auxiliadora M. Gidrão Dantas.

Orientadora: Marly Marques da Cruz

Secretaria de Estado de Saúde Mato Grosso

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP: Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 Sala 314. Manguinhos. Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210. Fone: 21-2598-2863.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa: Nome _____ data ____/____/____



Anexo 3

PROJETO DE MESTRADO: AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS (SAE) NO MUNICÍPIO DE BARRA DO GARÇAS-MT

Data:

Local:

Instrumento de pesquisa: Roteiro para entrevista técnicos do SAE

Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação:

Trajetória anterior:

1-Você tem conhecimento sobre o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) na região?

() Sim () Não

2-Quantas destas são atendidas no SAE de Barra do Garças?

3-Como se dá o acolhimento pelo serviço a estas pessoas?

4-Como ocorre o acesso ao serviço?

5-A estrutura física em relação a sala de atendimento, iluminação, recepção, ventilação, na sua percepção é adequada para o atendimento as PVHA? Por quê?

6-Quais categorias profissionais compõem a equipe do SAE de Barra do Garças?

7-Esta equipe é exclusiva para o atendimento a PVHA?

8-A equipe tem qualificação para este atendimento?

9-Em relação a insumos existe medicação antiretroviral?

() sim () não

10-E para infecções oportunistas?

() sim () não

11-O quantitativo de preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante é suficiente para suprir a demanda?

☐ sim ☐ Não

12-E Com relação a oferta de fórmula infantil entre outros?

13-O que é feito quando falta algum dos insumos?

14-Como se processa a dispensação dos antiretrovirais as PVHA?

15-O SAE segue normas, rotinas e protocolos estabelecidos pelo Programa de DST-AIDS do Ministério da Saúde?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, tem descritas estas normas no SAE?

16-Quanto a equipamentos o SAE possui o necessário para oferecer assistência a PVHA?

☐ Sim ☐ Não

Caso não, o que está faltando?

17-Qual o Horário de atendimento do SAE?

☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Período Integral

18-Este horário de atendimento é apropriado para prestar assistência as PVHA?

19-Quanto à oferta de exames laboratoriais e de imagem, como está organizada esta assistência?

20-Os exames de CD4 CD8 e carga viral são realizados no município? Se não, onde é feito? Qual a periodicidade? (se precisa ser com periodicidade diferente, é melhor separar).

21-Existe referência e contra referencia definidas?

☐ Sim ☐ Não

22-Quando necessária a assistência hospitalar, como se processa este atendimento? é garantida a internação ao paciente?

23- Você considera de qualidade a assistência oferecida as PVHA pelo SAE de Barra do Garças?

☐ Sim ☐ Não

24-O que considera de melhor qualidade na assistência oferecida as PVHA pelo SAE de Barra do Garças?

25-O que considera de pior qualidade na assistência oferecida as PVHA pelo SAE de Barra do Garças?

26-O que poderia contribuir para a melhoria da qualidade do serviço?



Anexo 4

PROJETO DE MESTRADO: AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS (SAE) NO MUNICÍPIO DE BARRA DO GARÇAS-MT

Data:

Local :

Instrumento de pesquisa: Roteiro para entrevista Secretária Municipal de Saúde de Barra do Garças (GESTOR)

Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação:

Trajetória anterior:

1. Você tem conhecimento sobre o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e o número que são atendidas no SAE?
2. O SAE recebe recursos federais para o seu funcionamento? Se sim, com quais recursos estes recursos?
3. Em relação à contrapartida financeira municipal, como ocorre?
4. O SAE possui um coordenador? Em caso afirmativo, quais são suas atribuições?
5. A estrutura física do SAE é compatível com as necessidades do serviço?
6. Os insumos e medicamentos para o SAE são adquiridos de que maneira?
7. A quantidade de técnicos que atuam no SAE é suficiente para atender a demanda? Estes são exclusivos para o atendimento às PVHAs?
8. Como Secretária, existe alguma queixa sobre a qualidade da assistência às PVHAs?
9. Você tem conhecimento sobre a pesquisa QUALIAIDS? Se sim, como o SAE de Barra do Garças está classificado?
10. No seu entender, uma assistência de qualidade é um fator determinante para a redução da morbimortalidade por aids?
11. Quais são os fatores que podem contribuir para a melhoria da qualidade da assistência do SAE de Barra do Garças às PVHAs?



**PROJETO DE MESTRADO: AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS (SAE) NO
MUNICÍPIO DE BARRA DO GARÇAS-MT**

Anexo 5

Data:

Local:

Instrumento de pesquisa: Roteiro para observação do SAE de Barra do Garças

Pesquisador de Campo: _____

Data: _____

Horário de início: _____ Horário de término: _____

I. Caracterização da Unidade

1. Local da sede do SAE: _____
2. Nome do programa: _____
3. Público-alvo: _____

II. Infraestrutura: Área física

4. Local para sentar na sala de espera: ☐ Sim ☐ Não
5. Iluminação natural na sala de atendimento: ☐ Sim ☐ Não
6. Ventilação na sala de atendimento: ☐ Sim ☐ Não
7. Atendimento com porta fechada: ☐ Sim ☐ Não
8. Tem água ou bebedouro na sala de espera: ☐ Sim ☐ Não
9. Enquanto esperam os pacientes participam de alguma atividade educativa? Qual?
☐ Sim ☐ Não
☐ Palestra ☐ Orientação Individual ☐ Orientação Coletiva
☐ Vídeos Educativos ☐ Outros: _____
10. Existe no local/espço apropriado para a realização do atendimento individual? E de grupo?
☐ Sim ☐ Não
11. Tem cadeiras para usuários sentarem na sala de espera? ☐ Sim ☐ Não
12. Tem cadeiras no consultório? ☐ Sim ☐ Não

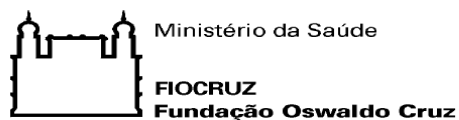
13. Horário de funcionamento da unidade turno manhã: _____ às _____
14. Horário funcionamento da unidade turno tarde: _____ às _____
15. Tem laboratório na unidade: () Sim () Não
16. Horário de funcionamento do laboratório turno manhã: _____ às _____
17. Horário funcionamento do laboratório turno tarde: _____ às _____

III. Quadro de profissionais da Unidade de Saúde:

18. Número de médicos: 20H: _____ 40H: _____
19. Os médicos que trabalham 20H atendem outros programas?
() Sim () Não
20. Número de enfermeiros:
21. Número de técnicos/ auxiliares de enfermagem:
22. Assistentes sociais
23. Psicólogos:
24. Farmacêuticos:
25. Outras categorias profissionais atuando no SAE:

IV. Registros sobre o acompanhamento dos casos

26. Quem notifica os casos?
27. Onde ficam as fichas de notificação?
28. Onde ficam armazenados os prontuários?
29. Quem faz busca ativa?
30. Quem faz o aconselhamento pré e pós-teste para o exame de HIV
31. Quem entrega os resultados de exame de HIV?
32. Onde ficam armazenados os resultados de HIV?
33. Qual o tempo esperado para o recebimento do resultado do HIV?
Teste Rápido: _____ Elisa e IFI: _____
34. Existe material educativo?
35. Tipo(s) de material (is) educativo(s) existentes?
36. Quantitativo de material suficiente?
37. De que forma o material é utilizado?
38. Os materiais têm linguagem clara?
39. Número de usuários notificados com AIDS no SINAN?
40. Quando necessário ser referenciado, quem faz o encaminhamento dos pacientes?



**PROJETO DE MESTRADO: AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS (SAE) NO
MUNICÍPIO DE BARRA DO GARÇAS-MT**

Anexo 6

Data:

Local:

Instrumento de pesquisa: Roteiro para análise documental

- 1- Como estão arquivados os prontuários? é considerado o sigilo de acesso aos mesmos?
- 2- Como estão preenchidos os prontuários?
- 3- Todos os técnicos prescrevem no prontuário?
- 4- Os prontuários são eletrônicos?
- 5- Existem normas e rotinas escritas?
- 6- Existe algum tipo de relatório no serviço? Se sim, como são utilizados?
- 7- O SAE possui algum serviço de arquivo médico e estatístico (SAME)?

Anexo 7



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 31 de maio de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 68/11
CAAE: 0078.0.0031.000-11

Título do Projeto: “Avaliação da Qualidade do serviço de atendimento especializado em HIV/AIDS do município de Barra do Garças- MT”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? Não

Pesquisadora Responsável: Auxiliadora Martins Gidrão Dantas

1º Orientador: Marly Marques Cruz

2º Orientador: Eliane Pereira Vargas

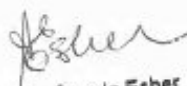
Data de recebimento no CEP: 25 / 03 / 2011

Data de apreciação: 06 / 04 / 2011

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item V/II.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Profa. Angela Esher
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP