

Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010

Evaluation of outpatient services in the Brazilian Unified National Health System for persons living with HIV: a comparison of 2007 and 2010

Evaluación de los servicios ambulatorios de asistencia a personas viviendo con VIH en el Sistema Único de Salud: estudio comparativo 2007/2010

Ana Paula Loch ¹
Maria Ines Battistella Nemes ¹
Maria Altenfelder Santos ¹
Ana Maroso Alves ¹
Regina Melchior ²
Cáritas Relva Basso ³
Joselita Maria de Magalhães Caraciolo ³
Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves ⁴
Elen Rose Lodeiro Castanheira ⁵
Wania Maria do Espírito Santo Carvalho ⁶
Ruth Terezinha Kehrig ⁷
Aline Aparecida Monroe ⁸

doi: 10.1590/0102-311X00047217

Resumo

O papel dos serviços de saúde é crucial para o alcance da meta 90-90-90 de controle da epidemia do HIV. O estudo avalia a organização dos serviços brasileiros nas ações de promoção, monitoramento e suporte à retenção no seguimento e apoio ao tratamento. Foram comparadas, por meio de variação percentual (VP), as respostas dos serviços a um questionário de avaliação da qualidade organizacional (Qualiaids) em 2007 e em 2010. Analisou-se os 419 serviços que responderam ao questionário em 2007 (83,1% dos respondentes) e 2010 (63,6%). Ações gerenciais relacionadas à retenção e apoio, embora incrementadas no período, permaneceram com baixa frequência, tais como: reuniões sistemáticas para discussão de casos; (32,7% em 2010; VP = 19,8%), registro de faltas em consulta médica (35,3%; VP = 36,8%). Ações assistenciais relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso permanecem majoritariamente exclusivas do médico. O aporte de recursos de provisão federal – medicamentos e exames específicos para HIV – manteve-se alto para a grande maioria dos serviços (~90%). Não se alcançará decréscimo significativo da transmissão do HIV enquanto a permanência no tratamento não for prioridade de todos os serviços de assistência.

Assistência Ambulatorial; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde

Correspondência

A. P. Loch
Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina,
Universidade de São Paulo.
Av. Dr. Arnaldo 455, São Paulo, SP 01246-903, Brasil.
anapaulaloch@gmail.com

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.

³ Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Secretaria Estadual de Saúde, São Paulo, Brasil.

⁴ Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil.

⁵ Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, Brasil.

⁶ Escola de Aperfeiçoamento do SUS, Brasília, Brasil.

⁷ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Brasil.

⁸ Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.



Introdução

No Brasil, desde 2013, o protocolo clínico de tratamento da infecção pelo HIV recomenda o início da terapia antirretroviral para todas as pessoas diagnosticadas, independentemente do seu estado imunológico ou clínico ¹. A adoção desse protocolo é baseada em evidências que mostram o benefício clínico do tratamento precoce ² e a redução da transmissão do vírus por pessoas tratadas ³ em mais de 90%.

A proposição da meta 90-90-90 pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) ⁴ sugere aos países que, até 2020, sejam diagnosticadas 90% das pessoas com HIV, destas, 90% iniciem tratamento antirretroviral e destas, 90% alcancem a supressão da carga viral. Também adotada no Brasil, atualmente é parâmetro internacional para avaliar as respostas nacionais à aids. O monitoramento da meta se dá por meio de um modelo epidemiológico, no qual as etapas monitoradas apresentam-se tal qual uma cascata. Cada etapa aparece como um “degrau”, e ao desenvolvimento teórico desta, dá-se o nome de contínuo do cuidado em HIV.

Proposto nos Estados Unidos em 2013, o modelo do contínuo do cuidado inicia pelo número estimado de pessoas infectadas. As etapas seguintes estimam, sucessivamente, a proporção de pessoas diagnosticadas que foram vinculadas a um serviço de saúde; as retidas, isto é, que permanecem no seguimento; aquelas em tratamento antirretroviral; e por último, aquelas com supressão total de carga viral ⁵.

Segundo as estimativas do Ministério da Saúde do Brasil para 2015, vivem no país aproximadamente 827 mil pessoas com infecção pelo HIV ⁶, das quais 715 mil (87%) conhecem o seu *status* sorológico e, destas, 677 mil (95% das diagnosticadas) estão vinculadas a algum serviço de saúde, isto é, já realizaram pelo menos um exame de carga viral ou contagem de linfócitos T-CD4, ou tiveram pelo menos uma dispensação de antirretrovirais. Desse grupo, 565 mil (83,5% das vinculadas) permaneceram em acompanhamento (realizaram pelo menos dois exames de carga viral ou dois exames de CD4 ou dispensação de antirretrovirais nos últimos 100 dias do ano), entre as quais 455 mil (80,5% das retidas) estão em tratamento antirretroviral, tendo 410 mil (90% das tratadas) atingido carga viral menor de mil cópias por mL. A carga viral menor que mil cópias, embora não corresponda à “total supressão”, isto é, aos níveis hoje admitidos como abaixo do limite de detecção, representa o limite aceitável para a redução do potencial de transmissão ⁷.

As maiores “perdas” estimadas do contínuo do cuidado ocorrem, portanto, nas etapas de diagnóstico (13,5% das pessoas infectadas: 112 mil pessoas); retenção (16,5% das vinculadas: 112 mil pessoas que abandonaram ou sequer iniciaram o seguimento); e de tratamento (19,5% dos retidos: 110 mil pessoas que, embora tenham realizado carga viral ou CD4 no período, não tiveram nenhuma dispensação de antirretroviral).

Se o diagnóstico envolve fortemente uma complexa rede de dimensões psicossociais, nas quais os serviços de assistência em saúde representam um dos elos – evidentemente importante, porém de impacto limitado, nas demais etapas o papel dos serviços assistenciais adquire maior importância. Como já demonstrado em outros estudos – que buscaram qualificar e/ou avaliar o impacto das ações dos serviços – nas etapas de retenção, tratamento e supressão o papel do serviço de assistência é crucial no desenvolvimento de atividades que melhoram a retenção dos pacientes ao serviço, adesão aos antirretrovirais e diminuição da carga viral ^{8,9,10}.

No Brasil, existem hoje 1.024 serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), cadastrados no Ministério da Saúde (Qualiaids. Apresentação. <http://www.qualiaids.fm.usp.br/>, acessado em 06/Ago/2015), que fazem seguimento em nível ambulatorial a pessoas com HIV. É dessa rede assistencial que opera o acesso universal ao tratamento antirretroviral – pilar da resposta brasileira à aids – que se espera desempenho suficiente para impactar positivamente o contínuo do cuidado em HIV aproximando-o da meta 90-90-90.

Os serviços dessa rede assistencial, implantados majoritariamente em estruturas preexistentes do SUS, são bastante heterogêneos quanto ao porte (o número de pacientes varia de um a mais de 5.000) e arranjo institucional (serviços exclusivos de DST/aids, ambulatorios de especialidades e de hospitais e unidades de atenção básica) ¹¹. O Governo Federal é responsável pelo estabelecimento dos protocolos clínicos e pela provisão de medicamentos antirretrovirais e exames específicos (carga viral, CD4 e genotipagem) ¹². O aporte e manutenção de todos os demais recursos, bem como os demais processos de organização da assistência, dependem dos níveis estaduais, municipais e locais de gestão do SUS.

A primeira avaliação sistematizada da organização da assistência desses serviços ocorreu em 2001/2002 abrangendo 322 serviços (95,8% dos cadastrados no Ministério da Saúde), localizados em sete estados brasileiros. A avaliação utilizou o instrumento pré-validado *Qualiaids*, um questionário que investiga a qualidade organizacional da assistência prestada pelo serviço¹³, e identificou um contraste entre a provisão de recursos de nível federal (exames de carga viral e CD4 e os antirretrovirais) e a problemática disponibilidade de recursos que dependem da infraestrutura e organização do SUS local.

Em 2007 e em 2010, o *Questionário Qualiaids* foi respondido por 79,3% (n = 504) e 92,6% (n = 659) dos serviços do país, e a comparação dos resultados relacionados ao universo de serviços está disponível em relatório, enviado ao Ministério da Saúde em 2012^{13,14}. Este artigo comparou as respostas diretamente relacionadas às etapas de retenção e tratamento dos serviços que participaram das aplicações nacionais do *Questionário Qualiaids* em 2007 e em 2010.

Metodologia

O Questionário Qualiaids: estrutura e aplicações

O questionário contém 107 questões de múltipla escolha sobre estrutura e processo da assistência, classificadas em três dimensões teóricas: organização dos processos de assistência, coordenação técnica do trabalho e disponibilidade de recursos. O questionário foi respondido em sistema *online* pelo responsável técnico do serviço, e as questões admitem resposta única ou múltipla. No aplicativo, os serviços também têm acesso ao *Caderno de Recomendações de Boas Práticas*, referentes às questões do instrumento, e este pode ser acessado a qualquer momento¹⁵.

Nas duas ocasiões, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde solicitou às 27 Coordenações Estaduais do Programa de AIDS que cadastrassem no sistema *Qualiaids* todos os serviços de saúde que realizavam o acompanhamento de adultos vivendo com HIV em nível ambulatorial. Após o cadastro, os serviços foram convidados a responder ao questionário por meio de *login* e senha de acesso, com garantia do sigilo da resposta.

O monitoramento da resposta dos serviços ao questionário foi realizado por três meses, em ambas as aplicações, por meio de uma parceria entre universidade e Ministério da Saúde. O banco de dados resultante das aplicações nacionais do *Qualiaids* foi cedido para os autores deste artigo como parte de acordo de cooperação técnica.

Delineamento do estudo: definição das ações/variáveis avaliadas

As características organizacionais que indicam a qualidade das ações relacionadas às etapas de retenção, tratamento e supressão, por exemplo, a prontidão do acesso ao serviço, podem ser analiticamente descritas em dois polos: (a) as que sustentam o conjunto da assistência para todos os pacientes: disponibilidade de recursos (própria e da rede assistencial local) e a coordenação técnica do trabalho; (b) as que sustentam a organização da assistência para as especificidades de cada paciente: a dinâmica do fluxograma assistencial.

É possível, assim, entender as ações mais diretamente relacionadas com as etapas de retenção e tratamento como conjuntos contínuos e simultâneos, situados em três momentos: promoção e monitoramento (para o conjunto dos pacientes) e suporte (para indivíduos cujo monitoramento revelou problemas).

A promoção se refere à condução de ações que estimulam a permanência no seguimento e a adesão ao tratamento de todos os pacientes; o mesmo para o monitoramento, que trata da medida do alcance destes objetivos. O suporte diz respeito às ações específicas para aqueles pacientes cujo monitoramento apontou problemas de permanência e/ou de adesão.

Assim, para comparar as respostas relacionadas às etapas de retenção e tratamento, selecionamos das três dimensões teóricas do *Questionário Qualiaids*, 98 variáveis que compõem indicadores das ações de retenção e tratamento dos serviços.

Na dimensão disponibilidade de recursos foram selecionados indicadores relacionados à provisão de suprimentos e exames pelos níveis federal e local, e recursos humanos. Para avaliar a disponibilidade

de recursos humanos, calculou-se a razão aceitável de pacientes por profissional com base nos dados empíricos da aplicação do Qualiaids em 2010 e da validação da nova versão do questionário em 2011. Foram considerados os serviços que obtiveram as melhores médias de desempenho em ambas as aplicações, e baseando-se na análise da disponibilidade de profissionais médicos e da equipe mínima (enfermeiro, psicólogo e assistente social) deste conjunto de serviços, determinou-se a razão aceitável de pacientes por profissional: médicos (até 400 pacientes); enfermeiro (até 880); psicólogo (até 920); e assistente social (até 870 pacientes).

Na dimensão organização do processo de assistência, foram selecionados os indicadores que qualificam o atendimento prestado aos pacientes HIV em sua entrada e permanência no serviço e aqueles voltados à promoção da adesão ao tratamento. Na dimensão coordenação técnica do trabalho, foram selecionados os indicadores referentes ao monitoramento contínuo do conjunto dos pacientes retidos no serviço e ações que visam ao reengajamento de pacientes com dificuldades.

Foram considerados na análise os 419 serviços que participaram das avaliações de 2007 e 2010. Comparou-se a proporção de serviços que responderam às variáveis selecionadas, e para cada variável foi calculada a variação percentual (VP) entre as duas aplicações $[(P2010 (\% 2010) - P2007 (\% 2007)) / P2007 * 100]$, expressa com até uma casa decimal. Utilizou-se o teste de McNemar para comparar as proporções obtidas. A VP foi apresentada para as variáveis que registraram mudança significativa no período ($p < 0,05$ no teste de McNemar). Foram excluídos da análise os serviços que não responderam ambas as aplicações do questionário.

Resultados

Caracterização dos serviços

Dos 419 serviços analisados, 70% estão localizados em municípios com menos de 400 mil habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>, acessado em 12/Mar/2015). Dentre os 419, 41,3% são ambulatorios de assistência a várias especialidades, 35,1% são serviços de assistência especializada, 12,4% são unidades básicas de saúde, 8,8% são ambulatorios vinculados a hospitais e 1% não informou.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos serviços por região e porte. As regiões Sul e Sudeste concentram 334 (79,7%) dos serviços e, destes, 140 (42%) são serviços de médio porte. Os serviços de médio porte também são a maioria no conjunto e perfazem 39,1% da amostra (Tabela 1).

Disponibilidade de recursos

O suprimento sem falhas para os medicamentos que compõem a primeira linha de tratamento antirretroviral¹ providos pelo nível federal manteve-se em 80% dos serviços. Também foi mantida a proporção de serviços que relata disponibilidade de dois ou mais exames de contagem de linfócitos T-CD4 e carga viral por paciente/ano (CD4: 2007 = 95,5%; 2010 = 97,1%, $p = 0,2295$; carga viral: 2007 = 92,9%; 2010 = 94,8%, $p = 0,2559$).

Recursos de provisão local, como os medicamentos para profilaxia primária de infecções oportunistas, exames bioquímicos utilizados para o acompanhamento da toxicidade dos medicamentos que necessitam maior prontidão e exames de imagem simples são disponibilizados em até 15 dias para cerca de 80% dos serviços. Exames mais complexos e o agendamento para a maioria dos médicos especialistas são disponibilizados em até 15 dias em menos da metade dos serviços (Tabela 2).

A proporção de serviços que contam com pelo menos um médico infectologista foi mantida (2007 = 72,1%; 2010 = 75,4%, $p = 0,0869$). Os serviços referiram dificuldades no aporte de profissionais de nível superior (2007 = 57%; 2010 = 58,5%, $p = 0,6998$) e houve diminuição da proporção de serviços que alcançam a razão aceitável de pacientes por profissional (Tabela 2).

Apesar da alta disponibilidade de ginecologistas (Tabela 2), manteve-se uma pequena proporção de serviços que realiza o agendamento de rotina na ginecologia, independentemente de queixas (2007 = 33,4%; 2010 = 31,6%, $p = 1,00$).

Tabela 1

Serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que responderam às duas aplicações do *Questionário Qualiaids* segundo porte (número de pacientes) e região geográfica do serviço.

Porte	Região					Total [n (%)]
	Centro-oeste	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	
Pequeno (0 a 100)	8	3	14	22	64	111 (26,5)
Médio (101 a 500)	7	4	13	55	85	164 (39,1)
Grande (+ de 500)	5	3	22	35	67	132 (31,5)
Missing	4	-	2	1	5	12 (2,9)
Total						419 (100,0)

Fonte: Qualiaids 2007 e 2010.

Tabela 2

Serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo respostas a questões de disponibilidade de recursos. Brasil, 2007 e 2010 (N = 419).

Recurso	2007		2010		VP	Valor de p *
	n	%	n	%		
Acesso						
Aberto ao público 5 dias ou mais por semana	353	84,2	362	86,3		0,2717
Atende 8 horas por dia	244	58,2	263	62,8		0,1014
Atende 12 ou mais horas por dia	90	21,5	94	22,4		0,7275
Disponibilidade de resultados de exames específicos em até 15 dias						
Linfócito T-CD4	124	29,6	147	35,1	18,6	< 0,05
Carga viral	82	19,5	104	24,8	27,2	< 0,05
Disponibilidade de resultados de exames em até 15 dias						
Endoscopia digestiva alta	142	33,9	141	33,7		1,00
Tomografia	82	19,6	105	25,1	28,5	< 0,05
Colposcopia	155	37,0	151	36,0		0,7985
Agendamento para especialidades médicas em até 15 dias						
Ginecologia	318	75,9	301	71,8		0,1285
Psiquiatria	168	40,1	128	30,5	-23,9	< 0,001
Neurologia	110	26,3	82	19,6	-25,5	< 0,05
Proctologia	85	20,3	62	14,8	-27,1	< 0,05
Cardiologia	157	37,5	131	31,3	-16,5	< 0,05
Oftalmologia	145	34,6	116	27,7	-19,9	< 0,05
Cirurgia geral	118	28,2	103	24,6		0,2029
Razão de pacientes por profissional						
Médico (20 horas contratadas para até 400 pacientes)	370	88,3	368	87,8		0,4799
Enfermeiro (1 profissional para até 880 pacientes)	409	97,6	335	79,9	-18,1	< 0,001
Psicólogo (1 profissional para até 920 pacientes)	407	97,1	274	65,4	-32,7	< 0,001
Assistente social (1 profissional para até 870 pacientes)	408	97,4	256	61,1	-37,2	< 0,001

VP: variação percentual.

* Teste de McNemar.

Organização do processo de assistência

Os pacientes que procuram atendimento no serviço pela primeira vez são majoritariamente atendidos por profissionais de nível universitário não-médico (2007 = 92,8%; 2010 = 94,7%, $p = 0,4035$). Ainda em relação ao primeiro atendimento do paciente no serviço, a prática do profissional que realiza este atendimento de encaminhar no mesmo dia o paciente para consulta médica (ao identificar tal necessidade) ocorre em 36,3% dos serviços (2007 = 42,5%; 2010 = 36,3%, $VP = -14,6%$, $p < 0,05$).

A Figura 1 apresenta a proporção de serviços que realizam atividades do fluxograma assistencial geral para pacientes em seguimento no serviço antes, durante e após as consultas médicas, como também o atendimento realizado a pacientes faltosos ou em abandono que procuram o serviço. As consultas médicas são agendadas com hora marcada em 27% dos serviços (2007 = 26,7%; 2010 = 27%, $p = 1,00$).

As principais atividades de monitoramento da adesão ao tratamento permanecem predominantemente centradas no profissional médico, por meio de questionamentos sobre o uso correto do medicamento (2007 = 79,7%; 2010 = 83,8%, $p = 0,1285$) e dificuldades com efeitos colaterais e posologia durante a consulta médica (2007 = 86,2%; 2010 = 88,1%, $p = 0,4452$).

Coordenação técnica do trabalho

A proporção de serviços que conduz reuniões sistemáticas para a discussão de casos e condutas clínicas permanece abaixo de 33% (2007 = 27,3%; 2010 = 32,7%; $VP = 19,8%$, $p < 0,05$), apesar de ter crescido no período. Reuniões de trabalho com periodicidade definida são realizadas com maior frequência (2007 = 36,6%; 2010 = 43,5%; $VP = 18,9%$, $p < 0,05$).

Para pacientes com dificuldades no tratamento antirretroviral, a maioria dos serviços relata organizar as consultas médicas de retorno em intervalos menores (2007 = 88,5%; 2010 = 90,7%, $p = 0,3492$), reforçar a adesão nas consultas (2007 = 76,6%; 2010 = 81,1%, $p = 0,1210$) e realizar orientação individual por outros profissionais de nível superior (2007 = 70,4%; 2010 = 70,9%, $p = 0,9291$). Atividades como o encaminhamento para grupos de adesão e a mudança de esquema terapêutico foram descritas pela mesma proporção de serviços (Tabela 3).

Caso os pacientes faltem ao atendimento agendado, menos de 30% dos serviços convocam todos os faltosos (2007 = 26,3%; 2010 = 27,7%, $p = 0,6427$); aproximadamente a metade convoca os casos que apresentam exames alterados (2007 = 47,7%; 2010 = 53,2%, $p = 0,0884$), bem como aqueles de maior gravidade clínica (2007 = 48%; 2010 = 55,1%, $VP = 14,8%$, $p < 0,05$). O encaminhamento dos pacientes entre profissionais da equipe foi relatado pela maioria dos serviços (2007 = 68,7%; 2010 = 69,5%, $p = 0,8654$) nos dois períodos analisados.

Discussão

A disponibilidade de recursos na rede de assistência depende da sua fonte de financiamento. A exemplo da situação já detectada no QualiAids em 2002¹³ – no que diz respeito aos recursos necessários para a assistência adequada –, a grande maioria dos serviços relatou novamente o suprimento contínuo somente dos recursos de provisão do nível federal.

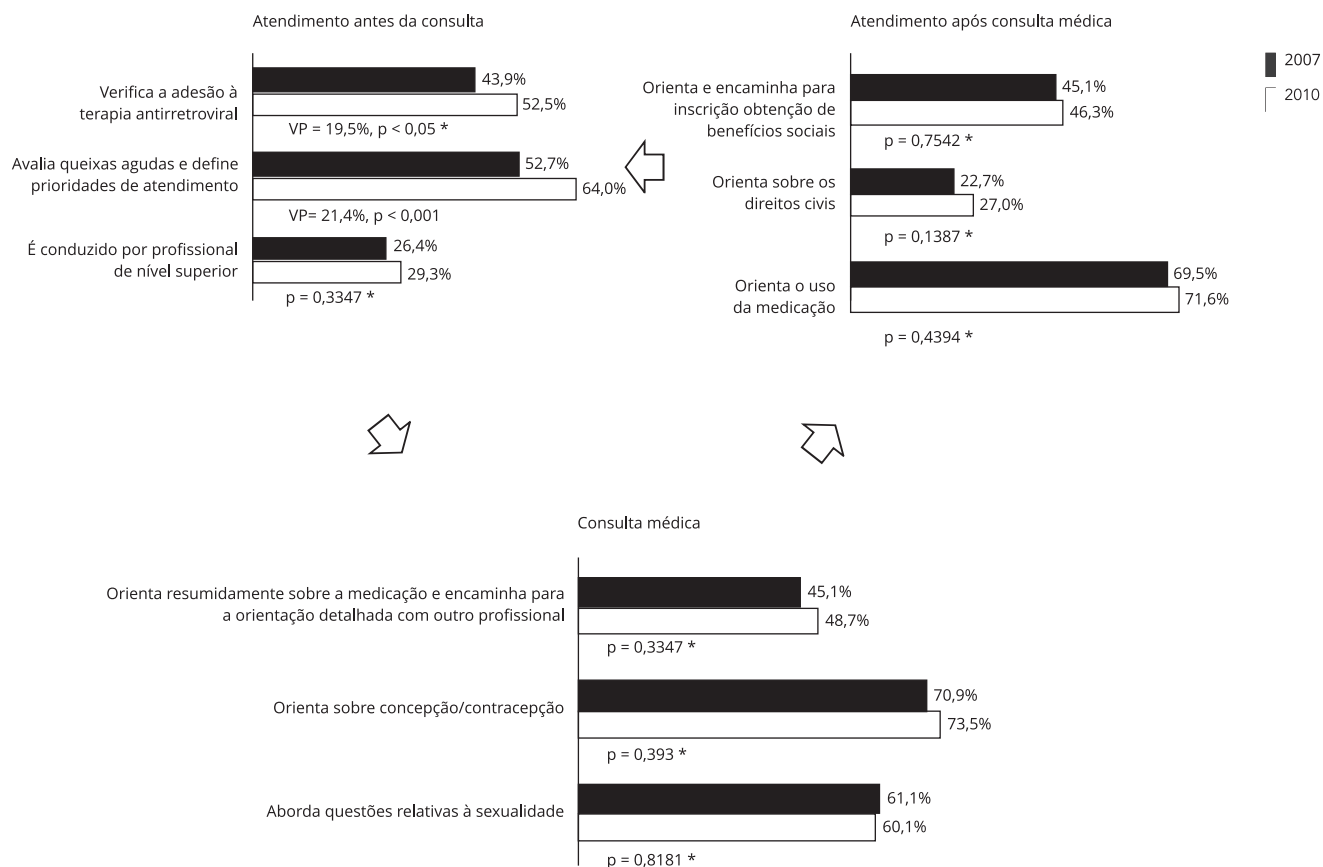
O acesso em até 15 dias a especialidades médicas, já problemático em 2007, piorou. É provável que haja insuficiência de médicos especialistas credenciados, ou outros problemas de regulação na rede local. À exceção da ginecologia, não há prontidão de especialistas para a maioria dos serviços. Além da insuficiência de profissionais médicos na rede local, também permanecem as dificuldades com vagas para a internação hospitalar. Os serviços também enfrentam dificuldades com o aumento da demanda de pacientes para os demais profissionais da equipe.

A sobrecarga dos serviços especializados foi apontada como uma das justificativas da necessidade de descentralização da assistência em aids para os serviços de atenção primária. Proposta pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (D-DST/AIDS/HV), Ministério da Saúde, em 2012, dentro da diretriz de expansão do tratamento precoce, tem sido adotada em alguns municípios brasileiros¹⁶. Ainda não existem estudos que avaliem a

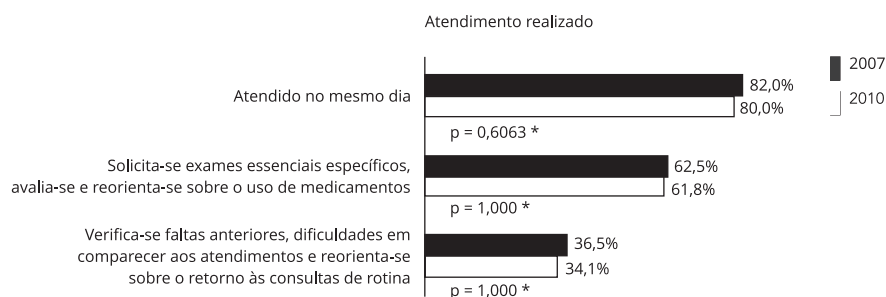
Figura 1

Proporção de serviços que realizam atividades do fluxograma assistencial geral para pacientes com HIV/aids. Brasil, 2007 e 2010.

1a) Paciente em seguimento



1b) Paciente faltoso ou em abandono que procura o serviço



VP: variação percentual.

Fonte: Qualiaids 2007 e 2010.

* Teste de McNemar.

Tabela 3

Serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV segundo dimensões e ações de promoção, monitoramento e suporte para retenção e tratamento. Brasil, 2007 e 2010 (N = 419).

Coordenação técnica do trabalho	2007		2010		VP	Valor de p *
	n	%	n	%		
Se o paciente ficar sem medicação por razões imprevistas, é atendido em consulta extra	211	50	190	45		0,1147
No início da terapia antirretroviral, o paciente realiza retorno com profissional de nível superior em até 15 dias	265	63	270	65		0,7364
Quando o intervalo entre as consultas é maior de 30 dias, o paciente						
Passa por consulta com enfermeiro ou farmacêutico, e após orientações retira a medicação previamente prescrita	116	28	103	25		0,2712
Se estiver estável leva a medicação para 60 dias	116	28	136	33		0,0850
Quando um paciente apresenta dificuldades no tratamento com antirretroviral						
É encaminhado para grupos de adesão	116	28	111	27		0,6992
Se possível, tem mudança de esquema terapêutico	241	58	261	62		0,1565
Registro sistemático de informações						
Faltas em consulta médica	158	38	192	46	21,5	< 0,05
Faltas por paciente em consulta médica	108	26	148	35	36,8	< 0,05
Uso do prontuário						
Utilizado por todos os setores de assistência **	160	38	181	43		0,0895
Atendimentos realizados por profissionais de nível superior não-médico são registrados no mesmo prontuário	349	83	369	88	5,8	< 0,05
Os registros médicos são realizados em campos padronizados em todas as consultas	213	51	219	52		0,6749

VP: variação percentual.

* Teste de McNemar;

** Refere-se ao uso do prontuário em serviços com diversos setores de atendimento como, por exemplo, hospitais com vários ambulatórios.

descentralização da assistência. Com base nos dados deste estudo é possível considerar alguns desafios para a implementação dessa proposta. Como observado, há uma insuficiência de recursos nos serviços e nas redes locais de atenção ao HIV/aids, a qual também compõe o quadro geral de insuficiência das redes locais de serviços do SUS, particularmente nos serviços de atenção primária ¹⁷.

A capacidade interna dos serviços da atenção primária – seja ela organizacional ou técnica – para coordenar o cuidado e realizar a gestão clínica dos usuários com doenças crônicas no serviço, também é apontada como um desafio para o cuidado de pacientes com doenças crônicas na atenção primária. Da mesma maneira que a capacidade desses serviços para criar mecanismos de diálogo com os serviços especializados da rede de atenção à saúde, para estabelecer a padronização de referências e fluxos para o encaminhamento de pacientes crônicos ao atendimento médico especializado e exames, e coordenar o cuidado compartilhado entre os serviços ^{18,19}.

Os principais achados na dimensão do gerenciamento técnico do trabalho estão relacionados a registros, avaliação, monitoramento e planejamento. O prontuário único tem sido utilizado com mais frequência por todos os setores da assistência. Apesar disso, o monitoramento do conjunto de pacientes é frágil nos serviços ambulatoriais. Os serviços deixaram de registrar informações importantes, que interferem diretamente no controle de resultados e processos. A despeito disso, o uso dessas informações produzidas no serviço de saúde auxilia os gestores na avaliação de processos e da melhoria contínua da qualidade do cuidado prestado a pessoas que vivem com HIV ^{20,21}.

Nesse sentido, os sistemas informatizados podem ser utilizados como ferramenta de apoio à gestão ^{22,23}, pois permitem reunir dados clínicos e do processo de trabalho, possibilitando que os gestores reavaliem os resultados alcançados e promovam as intervenções necessárias. Como ferramenta de apoio à gestão, recentemente o D-DST/AIDS/HV lançou o Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC) ²⁴, que permite aos gestores o acesso à relação de pacientes que ainda não iniciaram

o tratamento, ou seja, que correspondem ao *gap* de tratamento, e necessitam intervenções oportunas do serviço.

No nível da assistência, o atendimento com prontidão aos pacientes recém-diagnosticados e imediatamente referenciados para o cuidado em HIV melhora a vinculação dos pacientes no serviço ²⁵. Houve diminuição na proporção de serviços que atendem a esses pacientes em consulta médica no mesmo dia. Os pacientes são atendidos em até uma semana, em consultas com duração de 45 minutos ou mais, porém, sem hora marcada na metade dos serviços.

O estabelecimento de fluxogramas assistenciais é, em boa parte, atribuição do gerente ou responsável técnico local. Entre os fluxogramas tecnologicamente complexos e prioritários nos serviços brasileiros estão a promoção e o monitoramento sistemático da retenção dos pacientes ao seguimento e à adesão ao tratamento. Entre o conjunto de medidas que podem ser realizadas pelo serviço para promover a adesão ao tratamento, o agendamento de consultas em até 15 dias após o início da terapia antirretroviral foi mantido em apenas pouco mais da metade dos serviços. O acompanhamento semanal após a introdução da terapia antirretroviral, até que haja adaptação na vida do paciente, é extremamente importante para que se estabeleça uma relação de confiança, respeito e corresponsabilidade entre a equipe de saúde e o paciente, a fim de assegurar a adesão ao serviço e ao tratamento.

Entre os serviços que relatam realizar de alguma forma a convocação de pacientes que faltam à consulta médica agendada, a minoria convoca todos os faltosos, e mesmo com o aumento de 2007 para 2010, não chega à metade o número de serviços que reportaram atender no mesmo dia os pacientes faltosos que procuram o serviço sem agendamento. A falta às consultas médicas de seguimento é um fator preditor da não adesão ²⁶, e o fortalecimento da busca do paciente faltoso no primeiro ano de seguimento pode diminuir a morbidade relacionada a estes pacientes ²⁷, reengajá-los no cuidado ²⁸ e melhorar a retenção deles no serviço.

Limitações do estudo

O *Questionário Qualiaids* contempla apenas as dimensões organizacionais da qualidade. Além disso, neste estudo foram consideradas apenas as variáveis relacionadas às etapas analíticas de tratamento e retenção, mas cabe ressaltar que as outras etapas também devem ser avaliadas e monitoradas constantemente dentro do serviço.

Por se tratar de um estudo censitário por adesão, 34% dos serviços existentes em 2007 e 41% dos existentes em 2010 não entraram na análise comparativa por não participar de uma das aplicações. As características desses serviços foram reportadas em outros momentos pela equipe de pesquisa ¹¹. Porém, a distribuição dos serviços analisados contempla a diversidade de localizações e de tipos de serviços que atendem a pessoas que vivem com HIV no Brasil.

Embora o *Questionário Qualiaids* tenha durante a última década mantido bom poder de discriminação, as transformações que ocorreram no campo do cuidado em HIV/aids indicaram a necessidade de adaptação do questionário. A validação de um novo *Qualiaids* foi concluída em 2016. Com a adoção pelo Brasil do protocolo do tratamento como prevenção, milhares de pessoas deverão iniciar a terapia antirretroviral. Simultaneamente, o desejável aumento da sobrevivência dos pacientes implicará a maior busca de assistência nos serviços.

Desse modo, a qualidade em serviços de saúde deve ser pensada sempre de modo incremental. O uso de metodologias de monitoramento da qualidade, como o *Qualiaids*, que contempla indicadores de processo e valoriza condições necessárias para o cuidado contínuo de pessoas que vivem com HIV, é imprescindível ao se tratar de iniciativas de aprimoramento da qualidade da assistência em saúde. Em que pesem os limites de abrangência das dimensões da qualidade do *Questionário Qualiaids*, os resultados conformam uma avaliação do desempenho geral da assistência no SUS para pessoas que vivem com HIV, e que pode ser imediatamente utilizada por todos os níveis de gestão e gerência do programa e dos serviços. Seu desejável impacto na qualidade depende, entretanto, da sua adequada utilização por todos esses níveis.

Conclusão

Nosso estudo mostrou que permanecem problemas dentro do fluxograma geral da assistência dos serviços brasileiros no que diz respeito à organização de ações que promovem a retenção dos pacientes no serviço e a adesão ao tratamento.

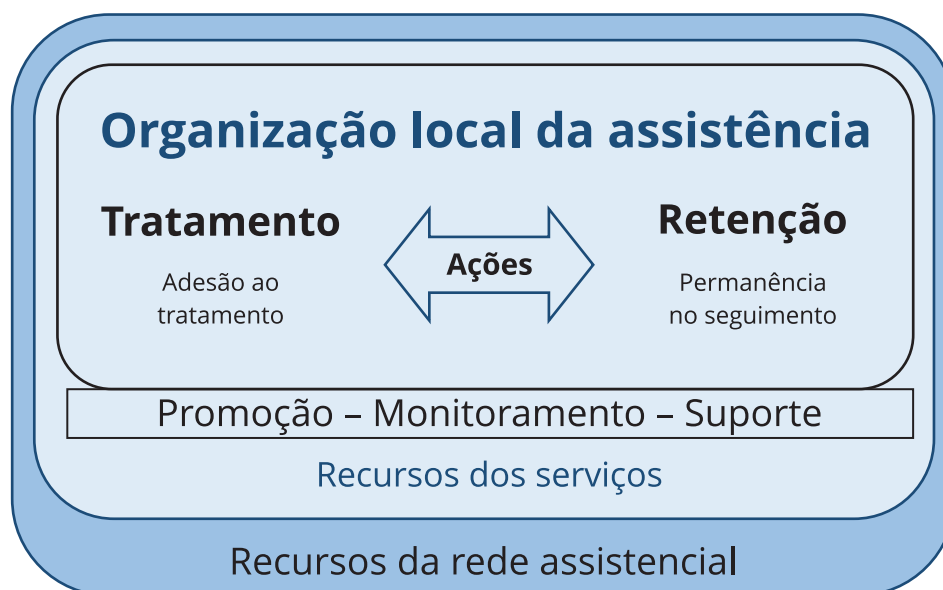
Considerando que a trajetória dos pacientes, geralmente de anos, difere com períodos de maior e menor adesão ao tratamento ao longo do seguimento, e que as ações para a promoção e o monitoramento da retenção e da adesão devem ocorrer de forma simultânea no serviço, para garantir a permanência dos pacientes em seguimento é necessário que os serviços realizem ações de promoção e monitoramento voltadas a todos os pacientes e ofereçam suporte ao tratamento de acordo com as necessidades de cada um.

Assim, propusemos na Figura 2 um quadro referencial que reúne todas as práxis necessárias para que os serviços identifiquem e reforcem as ações de promoção, monitoramento e suporte à retenção e adesão ao tratamento. Essas ações estão contidas na organização geral da assistência e são realizadas baseando-se num suporte adequado de recursos, sejam eles providos pela rede assistencial ou pelo próprio serviço.

O modelo também busca “traduzir” a meta 90-90-90 proposta pelo UNAIDS em ações assistenciais concretas. Esperamos que, com base nele, os gestores sejam sensibilizados a avaliar e monitorar os indicadores de estrutura e processo relacionados à retenção e à adesão ao tratamento nos serviços brasileiros e que, simultaneamente ao alcance da meta 90-90-90, possam desenvolver estratégias de busca e reengajamento daqueles que não estão em acompanhamento nos serviços.

Figura 2

Modelo de ações assistenciais para a retenção e adesão das pessoas que vivem com HIV.



Colaboradores

A. P. Loch e M. I. B. Nemes colaboraram na interpretação, concepção, planejamento, análise, redação e aprovação da versão final. M. A. Santos, A. M. Alves, R. Melchior, C. R. Basso, J. M. M. Caraciolo, M. T. S. S. B. Alves, E. R. L. Castanheira, W. M. E. S. Carvalho, R. T. Kehrig e A. A. Monroe contribuíram na interpretação, redação, revisão do trabalho e aprovação da versão final.

Agradecimentos

Ao apoio financeiro para o desenvolvimento deste trabalho, oferecido pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio de uma bolsa de doutorado (processo: 165368/2015-2, 141250/2016-0). Aos gestores e profissionais do SUS que responderam ao *Questionário Qualiaids* e aos profissionais do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais envolvidos na aplicação do instrumento.

Referências

1. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) in EuroCoord; Lewden C, Bouletoup V, De Wit S, Sabin C, Mocroft A, et al. All-cause mortality in treated HIV-infected adults with CD4 \geq 500/mm³ compared with the general population: evidence from a large European observational cohort collaboration. *Int J Epidemiol* 2012; 41:433-45.
3. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, Thomas KK, Stevens W, Cohen CR, et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet* 2010; 375:2092-8.
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
5. White House. HIV care continuum initiative. Washington DC: White House; 2013.
6. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV-AIDS 2016; ano V, nº 1.
7. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. 2nd Ed. Geneva: World Health Organization; 2016.
8. Hu YW, Kinsler JJ, Sheng Z, Kang T, Bingham T, Frye DM. Using laboratory surveillance data to estimate engagement in care among persons living with HIV in Los Angeles County, 2009. *AIDS Patient Care STDS* 2012; 26:471-8.
9. Mugavero MD, Davila JA, Nevin CR, Giordano TP. From access to engagement: measuring retention in outpatient HIV clinical care. *AIDS Patient Care STDS* 2010; 24:607-13.
10. Simoni JM, Kurth AE, Pearson CR, Pantalone DW, Merrill JO, Frick PA. Self-report measures of antiretroviral therapy adherence: a review with recommendations for HIV research and clinical management. *AIDS Behav* 2006; 10:227-45.
11. Nemes MIB, Caraciolo JMM, Santos MA, Alves AM, Yokaichiya CM, Prado RR, et al. Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/Aids no Brasil. Relatório da aplicação Qualiaids 2010: relatório de pesquisa. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012.
12. Ministério da Saúde. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. *Diário Oficial da União* 1996; 14 nov.

13. Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:S31021.
14. Nemes MIB, Castanheira ERL, Loch AP, Santos MA, Alves AM, Melchior R, et al. Avaliação de serviços de saúde: a experiência do Qualiaids. Porto Alegre: Rede Unida; 2016.
15. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Qualiaids: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos para a detecção de HIV e sífilis, e cuidado na atenção básica. *Diário Oficial da União* 2012; 13 jan.
17. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis (Rio J.)* 2016; 26:785-806.
18. Magalhães Junior HM, Pinto HA. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulg Saúde Debate* 2014; 51:14-29.
19. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2014; 38:13-33.
20. Schneider KL, Agins BD, Ng DW, Monserrate JM, Hirschhorn LR. Evaluation of regional HIV provider quality groups to improve care for people living with HIV served in the United States. *J Health Care Poor Underserved* 2012; 23:174-92.
21. Bardfield J, Agins B, Akiyama M, Basenero A, Luphala P, Kaindjee-Tjituka F, et al. A quality improvement approach to capacity building in low- and middle-income countries. *AIDS* 2015; 29 Suppl 2:S179-86.
22. Chapli B, Meloni S, Eise G, Jolayemi T, Banigb B, Adeola J, et al. Scale-up of networked HIV treatment in Nigeria: creation of an integrated electronic medical records system. *Int J Med Inform* 2015; 84:58-68.
23. Landon BE. Improving quality of care at community health centers. *Med Care* 2010; 48:665-7.
24. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Monitoramento do GAP de tratamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
25. International Advisory Panel on HIV Care Continuum Optimization. IAPAC guidelines for optimizing the HIV care continuum for adults and adolescents. *J Int Assoc Provid AIDS Care* 2015; 14 Suppl 1:S3-32.
26. Nemes MIB, Marinho MFS, Kalichman A, Granjeiro A, Alencar RS, Lopes JF. Prevalência da aderência e fatores associados. In: Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2000.
27. Mugavero MJ, Lin HY, Willig JH, Westfall AO, Ulett KB, Routman JS, et al. Missed visits and mortality among patients establishing initial outpatient HIV treatment. *Clin Infect Dis* 2009; 48:248-56.
28. Cunningham CO, Buck J, Shaw FM, Spiegel LS, Heo M. Factors associated with returning to HIV care after a gap in care in New York State. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2014; 66:419-27.

Abstract

Health services play a crucial role in reaching the 90-90-90 target of controlling the HIV epidemic. This study evaluates the organization of Brazilian health services in improving, monitoring, and retention in HIV care and adherence support. Percentage variation (PV) was used to compare the responses by services to an evaluation questionnaire on organizational quality (Qualiaids) in 2007 and 2010. The study analyzed the 419 services that completed the questionnaire in 2007 (83.1% of respondents) and 2010 (63.6%). Management actions of retention and support although increased in the period, but remained at low rates, for example: systematic meetings for case discussion (32.7% in 2010; PV = 19.8%) and recording of missed medical appointments (35.3%; PV = 36.8%). Patient care actions related to adherence to ART remained largely exclusive to the attending physician. The supply of funds and resources from the Federal Government (medicines and specific HIV tests) remained high for the vast majority of the services (~90%). It will not be possible to achieve a significant decrease in HIV transmission as long as retention in treatment is not a priority in all the health services.

Ambulatory Care; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Quality of Health Care; Program Evaluation

Resumen

El papel de los servicios de salud es crucial para el alcance de la meta 90-90-90 de control de la epidemia de VIH. El estudio evalúa la organización de los servicios brasileños en las acciones de promoción, monitoreo y apoyo al mantenimiento del seguimiento y tratamiento. Se compararon, mediante la variación porcentual (VP), las respuestas de los servicios a un cuestionario de evaluación de la calidad organizativa (Qualiaids) en 2007 y en 2010. Se analizaron los 419 servicios que respondieron al cuestionario en 2007 (83,1% de los participantes) y 2010 (63,6%). Las acciones de gerencia, relacionadas con el mantenimiento y apoyo, aunque se incrementaron durante el período, permanecieron con baja frecuencia, tales como: reuniones sistemáticas para discusión de casos; (32,7% en 2010; VP = 19,8%), registro de faltas en consulta médica (35,3%; VP = 36,8%). Las acciones asistenciales relacionadas con la adhesión al tratamiento farmacológico continúan siendo mayoritariamente exclusivas del médico. La aportación de recursos de provisión federal -medicamentos y exámenes específicos para VIH- se mantuvo alta para la gran mayoría de los servicios (~90%). No se alcanzará un decremento significativo en la transmisión del VIH, mientras la permanencia en el tratamiento no sea una prioridad de todos los servicios de asistencia.

Atención Ambulatoria; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Calidad de la Atención de Salud; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud

Recebido em 21/Mar/2017

Versão final reapresentada em 16/Jun/2017

Aprovado em 27/Jun/2017