

INTRODUÇÃO

Essa dissertação teve por objetivo avaliar a qualidade da assistência à saúde dos usuários com HIV/AIDS, a partir das noções de integralidade, tendo como foco as concepções e práticas dos trabalhadores no cuidado em saúde.

A temática que deu origem à pesquisa aqui proposta está relacionada à perspectiva de avaliação de um programa social – o programa de atenção à saúde das pessoas com HIV/AIDS – tendo como eixo central o princípio da integralidade.

Diretriz constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade tem assumido um conjunto de acepções que, embora com diferentes níveis analíticos e pontos de vista, compartilham a recusa ao reducionismo que tradicionalmente atravessa o campo da atenção à saúde no Brasil. Trata-se, portanto, de uma diretriz voltada, em última instância, à mudança do modelo assistencial em saúde.

O debate existente na literatura brasileira acerca da integralidade é extenso. Nesta pesquisa, em meio às três dimensões usualmente trabalhadas nos estudos de integralidade desenvolvidos por Pinheiro (2005) – a saber: práticas de gestão e organização dos serviços; conhecimentos e práticas dos trabalhadores e participação social – optou-se pela dimensão dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores da saúde. Concorda-se com essa autora que tal dimensão tem a capacidade de gerar o cuidado integral, ou seja, uma ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

A perspectiva de análise investida na pesquisa se inscreve no campo da avaliação em saúde. Amparados nas contribuições de Vieira-da-Silva (2005), situa-se esse campo não só como uma dimensão racional da ação (ou seja, aquela que a localiza meramente no uso instrumental dos resultados, como tantos outros estudos de avaliação sugerem), mas enquanto rede de relações entre agentes e instituições, ampliando, desse modo, o conceito de avaliação em direção à perspectiva de campo defendida por Bourdieu¹.

¹ O conceito de campo em Bourdieu é compreendido como um espaço social de dominação e de conflitos com autonomia e regras próprias de organização e hierarquia social. Sobre esse conceito ver: VASCONCELOS, M.D., 2002.

A motivação inicial para a realização de uma pesquisa nesse campo de investigação – *Avaliação qualitativa da atenção à saúde de usuários com HIV/AIDS: a contribuição da integralidade* – ocorreu a partir de experiência profissional como assistente social no Instituto Fernandes Figueira (IFF), unidade assistencial da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no período de abril de 2003 a dezembro de 2006. Durante atuação no Serviço de Doenças Infecciosas em Pediatria (DIPe), compondo uma equipe multidisciplinar, com enfermeiros, médicos, nutricionista e psicólogo, que realiza atendimento a crianças e adolescentes com doenças infecciosas, dentre elas, o HIV/AIDS, passamos a ter contato com a assistência ofertada à saúde desta população e perceber de que modo essa atenção era operada. Dentre as questões que mais nos chamaram atenção naquele momento foram: o privilégio do atendimento médico, com ênfase na doença e fundamentado na atenção individual; a conformação da equipe de saúde, caracterizada pelo modelo multidisciplinar, ou seja, não havia compartilhamento do trabalho realizado pelos profissionais; e, por fim, a não incorporação das reais necessidades sociais e de saúde da população nas intervenções realizadas pelos profissionais.

Além da aproximação com essa realidade, desde o início buscamos referenciais teóricos na área da saúde, dentre eles, política de saúde, integralidade e HIV/AIDS, que forneceram subsídios para refletir sobre os processos de trabalho dos profissionais de saúde inseridos na atenção à saúde dos usuários com HIV/AIDS.

O contato com essa literatura e a concomitante inserção no ambulatório de DIPe contribuíram para identificar os dilemas da efetivação das práticas de integralidade na atenção à saúde dos usuários com HIV/AIDS atendidos no serviço de DIPe do IFF. Especialmente o debate sobre integralidade forneceu subsídios para entender que a prática de saúde não pode se conformar como atitude fragmentada e reducionista, considerando apenas o sistema biológico do sujeito. Mas sim, é necessário compreender o conjunto das necessidades sociais do usuário, a partir das suas condições de vida. Diante dessa perspectiva, percebemos que o modelo de saúde oferecido pelos profissionais de saúde inseridos no serviço de DIPe estava centrado na atenção à doença. Esses trabalhadores não procuravam compreender a complexidade do contexto dos sujeitos sociais que buscavam atendimento à sua saúde, ou seja, não incorporavam as determinações sociais, econômicas e culturais decorrentes do processo saúde-doença. Reduziam a atenção ao fator biológico.

Por essas razões, despertamos o interesse em realizar uma avaliação da assistência oferecida a essas pessoas e indagar se as noções de integralidade², para além dos princípios do SUS, têm se efetivado na atenção à saúde das pessoas com HIV/AIDS.

Além dessa experiência de trabalho no IFF, bem como do contato com esse referencial teórico, as aproximações com as discussões sobre integralidade e avaliação em saúde se fizeram também a partir da participação na pesquisa intitulada “*Estudos Multicêntricos Integradores sobre Tecnologias Avaliativas de Integralidade em Saúde na Atenção Básica*”³, coordenada pela professora Roseni Pinheiro⁴, durante o ano de 2007.

A nossa inserção nesta pesquisa possibilitou o acesso a leituras específicas acerca da contribuição da integralidade nos estudos avaliativos. Dentre elas, merecem destaque os artigos de Silva Júnior *et al.* (2006); Pinheiro (2006); Camargo Jr *et al.* (2006); Hartz (2004); Mascarenhas (2003), por forneceram elementos importantes para identificar a necessidade de complementar o processo de avaliação em saúde com abordagens qualitativas, a partir da contribuição das práticas de integralidade na atenção a saúde. Para esses autores, essa necessidade se justifica devido aos movimentos de mudanças na qualidade da atenção à saúde, a partir do modelo assistencial em consolidação com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que estimula uma compreensão ampliada de saúde e prioriza a construção de práticas de cuidado tendo como pilares a integralidade, a descentralização e a participação social. Esse novo modelo de assistência à saúde exerce influência para a construção teórico-metodológica de processos avaliativos que lhe dêem sustentação e, desse modo, a incorporação da integralidade indica a possibilidade de agregar certos atributos esperados na política de saúde.

² As noções de integralidade que este estudo pretende utilizar ultrapassam a definição do SUS, ou seja, o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema”. Neste estudo optou-se por utilizar os sentidos de integralidade defendidos pela equipe de pesquisadores do LAPPIS (Laboratório de Pesquisa e Práticas da Integralidade), do IMS/UERJ, que mais adiante serão aludidos.

³ Essa pesquisa propõe-se a identificar e analisar práticas de integralidade na atenção básica nos sistemas municipais de saúde, em busca de evidências para a produção de tecnologias avaliativas capazes de induzir a reorganização da gestão e da atenção voltadas para os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em diferentes localidades nas cinco regiões no país (Projeto de Pesquisa: “**Estudos Multicêntricos Integradores sobre Tecnologias Avaliativas de Integralidade em Saúde na Atenção Básica**”, 2005).

⁴ A professora Roseni Pinheiro é coordenadora do LAPPIS/IMS/UERJ e coordena juntamente com o professor Ruben Mattos, uma série de estudos sobre práticas de integralidade na atenção à saúde (PINHEIRO & MATTOS, 2001, 2003, 2004, 2005, 2006 e 2007).

Diante dessas contribuições despertamos o interesse na realização de um estudo que teve a pretensão de produzir uma avaliação da qualidade da assistência à saúde das pessoas com HIV/AIDS, a partir de contribuições das noções de integralidade⁵, tendo como eixo central do estudo a dimensão dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores em saúde. E para operacionalizar essa dimensão de análise da integralidade foram trazidos alguns conceitos⁶ que têm sido apontados na literatura como atributos da integralidade, dentre eles, acolhimento, vínculo-responsabilização, qualidade da atenção.

A partir do objeto de investigação delimitado, definimos os seguintes objetivos:

- ⇒ Avaliar a qualidade da assistência à saúde dos usuários com HIV/AIDS, a partir das noções de integralidade, tendo como foco as concepções e práticas dos trabalhadores no cuidado em saúde.
- ⇒ Desenvolver processo de pesquisa qualitativa na assistência às pessoas com HIV/AIDS utilizando os atributos operativos da integralidade, dentre eles, acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção.
- ⇒ Identificar as características da organização dos processos de trabalho numa unidade de saúde ambulatorial que presta atendimento às pessoas com HIV/AIDS, a partir da visão do gestor local, profissionais e usuários.
- ⇒ Analisar os processos de trabalhos dos profissionais em relação ao acolhimento, vínculo/responsabilização e a percepção dos usuários acerca da qualidade da assistência à saúde recebida.
- ⇒ Contribuir para a produção de estudos de avaliação qualitativa em saúde sob a ótica da integralidade, de modo específico, na atenção à saúde das pessoas com HIV/AIDS.

As questões que orientaram o desenvolvimento do presente estudo foram: De que modo está organizado o serviço ambulatorial que realiza atendimento às pessoas com HIV/AIDS? Os processos de trabalho dos profissionais de saúde na unidade de saúde que

⁵ Lembrando que neste estudo serão utilizadas as noções de integralidade defendidas pela equipe de pesquisadores do LAPPIS (Laboratório de Pesquisa de Práticas da Integralidade), do IMS/UERJ, que mais adiante serão elucidadas.

⁶ A utilização desses conceitos para avaliar as práticas de cuidado foi proposta por Mascarenhas (2003); Camargo Jr. *et al.* (2006); Silva Júnior *et al.* (2006).

presta atendimento às pessoas com HIV/AIDS estão organizados em consonância com as noções de integralidade? Quais atributos das práticas dos trabalhadores no cuidado em saúde das pessoas com HIV/AIDS aproximam das características da integralidade na atenção à saúde? A forma como o serviço está organizado e os processos de trabalho dos profissionais são capazes de gerar acolhimento e formar vínculo entre usuários-profissionais-serviços? Quais as percepções dos usuários acerca da qualidade da assistência à saúde?

O estudo foi desenvolvido no PAM Antônio Ribeiro Netto, no município do Rio de Janeiro. A escolha desta instituição se deu pelo fato dela se constituir em unidade de referência no atendimento ambulatorial às pessoas com HIV/AIDS. A fim de captar uma visão mais abrangente do serviço, foram feitas entrevistas com o gestor local, profissionais e usuários, além de observação participante e consulta a documentos institucionais.

Buscando atingir os objetivos e responder as questões propostas, esse trabalho foi desenvolvido em quatro capítulos, assim estruturados:

No primeiro capítulo foi realizada inicialmente uma revisão teórica acerca das noções de integralidade, abordando alguns dos sentidos do termo, especialmente os utilizados pelos autores Pinheiro & Mattos (2001; 2003; 2004; 2005; 2006); Giovanella *et al.* (2002); Cecílio (2006). Posteriormente destacou-se a dimensão analisadora da integralidade escolhida para o presente estudo – Conhecimentos e práticas dos trabalhadores – e, por fim, discutiu-se a integralidade como parâmetro para avaliação em saúde.

O segundo capítulo destinou-se a fazer um resgate da trajetória das respostas brasileiras no enfrentamento ao HIV/AIDS, apontando primeiramente algumas tendências da epidemia no Brasil, para depois apresentar as propostas de monitoramento/avaliação do Programa de HIV/AIDS, bem como os estudos existentes de avaliação do Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS).

No terceiro capítulo buscou-se traçar a trajetória metodológica, a partir da descrição dos procedimentos adotados, ou seja, o campo de investigação, os sujeitos do Estudo, o processo de coleta dos dados, o trabalho de campo e os eixos e formas de análise dos dados.

O quarto capítulo foi dedicado a apresentar e discutir os resultados encontrados na pesquisa de campo. Para tal, foram utilizadas as seguintes categorias: i) Cuidado Integral (Acolhimento, Vínculo-responsabilização e qualidade da assistência) e ii) Organização da

Assistência (Processos de Trabalho e Trabalho em equipe, e Condições de trabalho). Além da análise qualitativa, elaborou-se um fluxograma para traçar o percurso dos usuários na busca terapêutica, ou seja, a trajetória dos usuários na unidade de saúde. Com isso buscou-se contribuir para a identificação da forma de organização assistencial do serviço de saúde na atenção às pessoas com HIV/AIDS.

Por fim, nas considerações finais, destacaram-se as principais contribuições que este estudo permitiu traçar em termos da avaliação de um serviço de saúde sob a ótica da integralidade.

CAPÍTULO I – O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E A INTEGRALIDADE

O movimento de reforma no sistema de saúde brasileiro, enunciado a partir da segunda metade do século passado, suscitou a incorporação de princípios e diretrizes na Constituição brasileira de 1988, dentre eles, a universalidade, a equidade e a integralidade, os quais formataram o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS). Como diretriz constitucional do SUS, a integralidade tem assumido um conjunto de significados que, embora com diferentes níveis de análise e compreensão, tem como finalidade contribuir para a mudança do modelo assistencial em saúde. Diante dessa consideração, pensar as implicações da integralidade no SUS requer a necessidade de resgatar o próprio movimento de reformas no sistema de saúde brasileiro.

Historicamente, o processo de consolidação da política de saúde no Brasil se desenvolveu na disputa de dois modelos de atenção à saúde cujas características principais podem ser assim definidas. De um lado, o Modelo Previdenciário/Privatista, que abrangia fundamentalmente os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho; centrado na figura do médico, com ênfase na doença e na assistência médico-hospitalar de base curativa, fundamentada na intervenção individual para a resolução dos problemas de saúde; desvinculado das reais necessidades sociais e de saúde da população. De outro, o Modelo de Saúde Pública/Sanitarista-Campanhista, sob responsabilidade do Ministério da Saúde, dirigido principalmente à população não segurada pelo sistema de seguro-saúde do então Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), ou seja, pelo modelo previdenciário; caracterizado por ações de saúde organizadas através de campanhas e programas que, em sua maioria, também estavam descontextualizadas das demandas da população, em virtude de seu caráter descontínuo, verticalizado e fragmentado. Esses dois modelos representavam a fragmentação institucional e a dicotomia entre ações preventivas e assistenciais.

Somente na década de 80 foi possível perceber dois movimentos que influenciaram a reorganização das políticas de saúde. O primeiro movimento, que abrange o sistema de proteção social de uma maneira ampla, apontou em direção à universalização das políticas sociais, ou seja, ao reconhecimento de direitos sociais vinculados à cidadania.

Essa concepção resultou na alteração do modelo do seguro social que caracterizou desde suas origens o sistema de proteção⁷ brasileiro de intervenção estatal, para o modelo da seguridade social, adotado com a Constituição de 1988. Já o segundo movimento, de caráter específico ao setor saúde, envolveu a luta pela reforma sanitária⁸, com a adoção de uma concepção ampliada da saúde⁹, que contribuiu para a implementação de um novo modelo de atenção integral à saúde da população.

Esse movimento foi marcado pela ampla mobilização social em torno da luta pela saúde enquanto direito de cidadania, iniciada já no final dos anos 70, promovida principalmente pela sociedade civil, ativistas, intelectuais e profissionais de saúde. Os debates travados pelo movimento da reforma sanitária contribuíram para a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS e posteriormente das Leis Orgânicas da Saúde – LOS e das Normas Operacionais Básicas – NOB e NOAS, gerando assim, profundas transformações de ordem conceitual, política, jurídica e organizacional no sistema de saúde brasileiro.

A partir de então, ganhou centralidade uma concepção ampliada do processo saúde-doença, cujo acesso a bens e serviços de saúde passou a ser apenas um dos componentes de um processo, dependendo também, de políticas públicas capazes de prover e promover qualidade de vida. Com a Constituição de 88, o direito à saúde vinculou-se à implementação de políticas públicas voltadas à redução de riscos de doenças e outros agravos; e as ações e serviços públicos passaram a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um sistema único, organizado de acordo com os seguintes princípios: i) descentralização, com direção única em cada esfera do governo; ii) atendimento integral, com prioridade para as

⁷ Fleury (1994) define três modelos de proteção social construídos historicamente no Brasil, são eles: 1) **Assistencialista**: que envolve o período que antecede a 1930, onde o Estado não reconhece a questão social, enquanto objeto de sua intervenção política. 2) **Seguro Social** (Previdencialista): envolve o período pós-30, onde o Estado assume a questão social enquanto objeto de sua intervenção. Esse modelo, na política de saúde, abrangia os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho, com carteira assinada. 3) **Seguridade Social** (Universalista): compreende o período de redemocratização do país, legitimado com a Constituição Federal de 1988, que passou a garantir direitos sociais a toda população.

⁸ A Reforma Sanitária propôs alternativas para um novo sistema de saúde com características democráticas que se concretizou na garantia do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços, sob a égide do Estado (FLEURY, 1994).

⁹ Essa concepção ampliada de saúde é fruto do debate travado pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira, que passa a considerar a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. (BRASIL, Relatório VIII Conferência Nacional de Saúde).

atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; iii) participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Cabe destacar, no entanto, que o SUS foi desenhado e institucionalizado na contramão de uma tendência que no plano internacional, já naquele momento, apontava para uma (re) valorização do mercado, como uma alternativa ao modelo clássico *welferiano*, tido como inviável em razão da crise fiscal e da legitimidade do Estado. Enquanto no plano internacional discutia-se o ajuste estrutural da economia, a diminuição do aparelho do Estado e a contenção dos gastos públicos, no Brasil, expandiam-se os direitos sociais e se ampliava à responsabilidade estatal o seu provimento.

Se por um lado, a conjuntura interna, de reconstrução democrática e de resgate da dívida social dava suporte à expansão dos direitos sociais, entre os quais o da saúde, por outro lado, foi inevitável que ao ser implementado, o SUS se visse diante das limitações materiais e ideológicas impostas pela agenda da reforma do Estado. Tal agenda - introduzida no país no início dos anos 1990 - ameaçava e constrangia a universalidade dos direitos sociais conquistados com a Constituição de 1988 (MENDES, 1999). De tal modo, a implementação do SUS correspondeu a um processo social, permeado de conflitos de interesses e valores sociais diversificados.

Nesse contexto adverso, a política de saúde se viu diante de uma série de exigências para a reorganização da rede de serviços em saúde, dentre elas, a operacionalização dos princípios do SUS, como a descentralização, a integralidade e a participação social.

Vale destacar que a viabilização desses preceitos não tem ocorrido de forma homogênea. Parece consensual entre analistas do SUS, como Arretche (2000), Senna *et al.* (2002) a percepção de que a descentralização e universalidade do acesso tiveram consideráveis progressos na sua implementação, ao passo que a integralidade e o controle social pouco tem avançado (Mattos, 2001; Giovanella *et al.*, 2002). A dificuldade da operacionalização da integralidade na atenção a saúde é caracterizada por alguns autores Camargo Júnior (2006); Mattos (2003), pela sua imprecisão conceitual ou pelo seu caráter polissêmico.

Diretriz constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade tem assumido um conjunto de acepções que, embora com diferentes níveis analíticos e pontos de

vista, compartilham a recusa ao reducionismo que tradicionalmente atravessa o campo da atenção à saúde no Brasil. Trata-se, portanto, de uma diretriz voltada, em última instância, à mudança do modelo assistencial em saúde.

Diante desses desafios, a realização de um estudo que incorpore a discussão de integralidade vem contribuir para ampliar e valorizar esse debate.

1.1. A INTEGRALIDADE NO SUS: ALGUMAS DEFINIÇÕES

Uma primeira aproximação com as noções de integralidade remete ao marco legal do SUS. Na Constituição Federal de 1988, a integralidade é definida como “*conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema*” (BRASIL, 1988). Nessa perspectiva, a integralidade inclui a articulação entre os níveis de atenção, com garantia da priorização de ações de promoção e prevenção, mas também envolvendo a assistência curativa. É considerada, no plano jurídico, como um dos princípios estabelecidos legalmente para a efetiva concretização da política de saúde, junto com a participação da comunidade e a descentralização.

Contudo, a noção de integralidade defendida pelo SUS é, conforme destaca Mattos (2006), apenas um dos sentidos que esse termo pode adquirir. Concorde-se com Pinheiro (2003), quando diz que a integralidade não se materializa somente com sua inscrição legal como princípio do SUS, mas como algo a ser construído cotidianamente pelos sujeitos em seu processo de trabalho no desenvolvimento do cuidado em saúde. Assim, torna-se fundamental ampliar a discussão da organização e prestação de serviços, das práticas dos trabalhadores, bem com a participação social, considerando sua importância estratégica na organização dos sistemas de saúde e na redefinição dos modelos de atenção à saúde.

Recorrendo à literatura brasileira que procura estabelecer os sentidos e as características da integralidade na atenção a saúde, foi possível identificar que os estudos acerca desse tema estão concentrados, sobretudo, no Laboratório de Pesquisa e Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, principalmente nos estudos de Pinheiro & Mattos (Orgs.), (2001; 2003; 2004; 2005; 2006). Desde 2000 esses autores realizam o Projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”. Também merecem destaque as produções sobre o tema no âmbito

da Escola de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), representados especialmente pelos autores Hartz (1997; 2004), Giovanella *et al.* (2002); como também nos debates realizados por Cecílio (2006).

Mattos (2006) aponta em linhas gerais, que a integralidade “expressa uma das bandeiras de luta do chamado movimento sanitário, e, de certo modo, tem funcionado como uma imagem-objetivo, ou seja, tenta indicar a direção que se quer imprimir à transformação da realidade” (2006, p. 15). Para o entendimento dos vários sentidos que a integralidade pode assumir na atenção à saúde da população, esse mesmo autor, utilizando como recurso o resgate histórico, propõe um referencial analítico a partir de três dimensões: i) relativa aos *conhecimentos e às práticas de trabalhadores de saúde*; ii) referente à *organização dos serviços*; iii) relacionada às *respostas governamentais*.

O primeiro conjunto de sentidos, ou seja, aquele relativo à dimensão dos *conhecimentos e das práticas de trabalhadores de saúde* está vinculado às práticas dos profissionais de saúde no que diz respeito a uma visão integral em relação às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades. Nessa perspectiva, a integralidade relaciona-se com a medicina integral, na medida em que esta propõe que as práticas médicas não reduzam o paciente ao sistema biológico, conforme adotado pelo modelo flexneriano¹⁰, que privilegiava as especialidades médicas e as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento dos contextos psicológicos, culturais e sociais.

No caso brasileiro, o debate acerca da medicina integral associou-se inicialmente na década de 60 à Medicina Preventiva. Com o surgimento da Saúde Coletiva, nos anos setenta, ganhou ainda mais expressão em termos à renovação teórica da prática médica. Uma das premissas básicas desse novo campo era a de considerar as práticas em saúde como práticas sociais. Dessa forma, os comportamentos dos médicos (e suas atitudes fragmentárias e reducionistas) não deveriam ser atribuídos exclusivamente às escolas médicas, ampliando assim, para os processos de trabalho dos profissionais de saúde.

¹⁰ O modelo flexneriano, originado no início do século XX, ressaltava os aspectos biológicos do ser humano em detrimento dos aspectos psicológicos e sociais, por isso, foi considerado fragmentado e reducionista. Flexner destacava que o ensino médico deveria ocorrer no ambiente hospitalar, nas enfermarias. Esse modelo gerou, entre outras coisas, o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia. Para aprofundamento do tema, consultar Peres, 2004.

Nesse sentido, o debate em torno da integralidade preconizou que o homem não deve ser considerado apenas como um ser biológico, mas sim, num contexto das determinações sociais, econômicas e culturais que perpassam o processo saúde-doença. E para isso, o modelo biomédico hegemônico, com base flexneriana, passou a ser questionado e dar lugar ao modelo assistencial que incorpora as diversas disciplinas implicadas no cuidado em saúde e que estabeleça relações horizontais entre os profissionais de saúde e usuários. Nesse sentido a integralidade:

[...] implica numa recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo, uma vez que o usuário não se reduz a uma lesão que lhe provoca sofrimento. As necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica. A integralidade só se realiza quando se procura estabelecer uma relação sujeito-sujeito, quer nas práticas nos serviços de saúde, quer nos debates sobre a organização dos serviços, quer nas discussões sobre as políticas (MATTOS, 2006, p. 63-64).

Assim, esse conjunto de sentidos tem a preocupação de enxergar de modo abrangente as necessidades dos usuários, buscando, de um lado, aproveitar e gerar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e, de outro, levar em conta as necessidades dos sujeitos que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças.

A segunda dimensão de análise desenvolvida por Mattos (2006) está vinculada às formas de organização das práticas em saúde e dos processos de trabalho. Essas formas de organização das práticas estão relacionadas à necessidade de superar a antiga divisão entre as práticas de saúde pública das práticas assistenciais, seja no âmbito da organização dos serviços, seja no das práticas de saúde. Isso ocorre pelo fato de tradicionalmente os serviços de saúde serem organizados em torno da atenção às doenças, ou até mesmo só para algumas doenças específicas, e a assistência médica ser considerada imperiosa, ficando as demais ações em segundo plano. Essa forma de organização da prática médica está relacionada com a visão fragmentada da saúde por parte dos profissionais, repercutindo naturalmente nas formas de organização dos serviços.

Desse modo, nessa dimensão a integralidade surge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional pelos diversos profissionais inseridos na atenção à saúde. Ampliação esta que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e

entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (MATTOS, 2006).

A assistência à saúde com essas características da integralidade faz parte de um conjunto de ações organizadas pelos serviços e não apenas de uma única ação a ser desenvolvida para o enfrentamento de um problema específico. Como exemplo de estratégia para articulação e organização das ações nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde criou programas, dentre eles o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM); o Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS), dentre outros. Muitos desses programas tiveram como estratégia não só a organização de serviços, mas principalmente a organização de um processo de abordagem ou de acompanhamento de uma determinada situação que envolvesse toda a rede de saúde a fim de se obter impacto epidemiológico sobre os agravos em saúde.

A visão de integralidade que perpassa esses programas, embora útil como abordagem mais adequada para determinados grupos, estimulando a articulação das diferentes ações de saúde em cada serviço, só seria contemplada se a decisão em organizar o serviço por determinados programas se desse por meio da consideração dos contextos locais. E não por uma organização programática a ser implantada em nível nacional de forma indiscriminada e descontextualizada. A exemplo disso, Mattos (2006) cita o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no qual o conteúdo do programa possuía, como fundamentação, toda uma luta histórica do movimento feminista, trazendo à tona a discussão sobre a realidade de vida da mulher. Ao ser aplicado nos serviços, no entanto, acabou sendo reduzido às abordagens de planejamento familiar, dos exames preventivos de câncer ginecológico e de pré-natal.

Assim, esses programas verticais acabam algumas vezes por ferir um dos princípios fundamentais para que a integralidade seja assegurada: o princípio da abordagem integral local, ou seja, as condições individuais, sociais, econômicas e ambientais de um determinado território ou contexto social que proporcionam um determinado perfil epidemiológico decisivo na definição do elenco de ações mais apropriadas para o enfrentamento do problema.

O terceiro grupo de sentidos de integralidade apontado por Mattos relaciona-se às políticas especiais de saúde voltadas para grupos ou agravos específicos. Trata-se de *“atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos”* (MATTOS, 2006, p. 59). Nesse sentido, algumas dessas políticas

especiais, entre elas, o PAISM e o PN-DST/AIDS, conforme mencionados acima, se configuraram fundamentalmente pela *“recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre as quais a política de saúde incide, e que, portanto, amplia o horizonte de problemas a serem tratados pela política”* (MATTOS, 2006, p. 59). Esses programas têm objetivos não só de promover a integração das ações de saúde nos serviços, como também garantir atenção contínua entre os diferentes níveis do sistema para populações em maior risco epidemiológico.

O Programa de DST/AIDS do Ministério da Saúde é considerado um bom exemplo de um programa que busca contemplar a promoção e prevenção, além da garantia no acompanhamento e tratamento, através da distribuição gratuita dos medicamentos antiretrovirais e da organização da rede de assistência, desde a rede ambulatorial até a hospitalar, para dar conta das necessidades dos usuários.

Ao mesmo tempo em que reconhece os avanços produzidos a partir da implementação desses programas, Mattos (2006) destaca, por outro lado, os limites inerentes à institucionalização da proposta sob o contorno programático. Segundo o autor, esse processo implica em *“reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados, os sujeitos sobre os quais as políticas incidem”*, como foi o caso da assistência à mulher, já mencionado acima (MATTOS, 2006, p. 61).

Nessa direção, o autor chama atenção para duas questões centrais. A primeira refere-se à convicção de que as respostas governamentais a certos problemas de saúde pública devem incorporar tanto as possibilidades de prevenção como as ações assistenciais. A segunda questão pauta-se no reconhecimento da necessidade de superar os limites da intervenção setorial, articulando as ações de saúde às intervenções de outros setores.

Os sentidos de integralidade demarcados nessas três dimensões defendidas por Mattos pautam-se na recusa em objetivar e recortar os sujeitos sociais. Ou seja, a integralidade é encarada como modelo de atenção à saúde, com interação democrática entre sujeitos no cuidado em qualquer nível de organização dos serviços de saúde, das práticas dos profissionais de saúde, bem como das respostas governamentais (MATTOS, 2006).

Aprofundando a reflexão acerca das noções e características da proposta de integralidade e buscando estratégias para viabilizar alternativas operacionais, Pinheiro (2003;

2004; 2005; 2006) parte da análise que a integralidade é assumida como uma ação social resultante da permanente interação dos sujeitos na relação demanda e oferta da atenção à saúde. Pinheiro (2003) pondera que a integralidade do cuidado na atenção à saúde das pessoas deve ser entendida como um princípio norteador de uma política de Estado para a saúde, consolidada a partir do SUS, que tem no campo das práticas um espaço privilegiado para a materialização da saúde como um direito e como um serviço.

Concretamente, isto significa que a integralidade como eixo norteador político-social deverá ser construída cotidianamente por permanentes interações democráticas dos sujeitos, pautadas por valores emancipatórios fundados na garantia da autonomia, no exercício da solidariedade e no reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter (PINHEIRO, 2003).

Essa mesma autora propõe, a partir do referencial analítico desenvolvido por Ferla (2002), entender a integralidade da atenção à saúde da população, a partir de três dimensões de análise: i) das práticas de gestão e organização dos serviços; ii) dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores e; iii) da participação social.

O primeiro eixo, da organização dos serviços de saúde, diz respeito, por um lado, à necessidade de garantir acesso aos diferentes níveis de sofisticação tecnológica, demandados em cada situação para que o atendimento prestado tenha resolutividade. Devendo estar associado assim, a pelo menos mais dois princípios que norteiam o sistema de saúde, a universalidade e equidade. Por outro, relaciona-se à necessidade de construir coletivamente as ferramentas e tecnologias inovadoras no cotidiano das práticas de gestão em saúde, voltadas para a negociação de diferentes pactos e acordos entre instâncias da política setorial e a sociedade civil. Ou seja, um processo dinâmico de inovação¹¹ na gestão pública (PINHEIRO, 2005).

Na segunda dimensão, dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores, a integralidade é entendida como ação integral, como a “entre-relação” de pessoas, ou seja, como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, trabalhadores de saúde e instituições, que são traduzidas numa prática humanizada, digna e respeitosa, com qualidade, acolhimento e

¹¹ A inovação consistiria na inclusão de novos atores na formulação, gestão e provisão dos serviços públicos em saúde (FARAH, 1997 *apud* PINHEIRO, 2005).

vínculo. Assim, acolhimento¹², vínculo-responsabilização, qualidade da atenção são alguns atributos que estão implicados na direção das práticas de integralidade em saúde (PINHEIRO, 2003).

Por fim, a dimensão da participação social se refere a um conjunto de práticas democráticas que confere aos atores implicados na formulação das políticas governamentais o protagonismo na construção de respostas às demandas de saúde da população. A esse conjunto de práticas Pinheiro (2005) denomina de gestão compartilhada em saúde, sendo compreendido como, *“um espaço institucional de construção de práticas solidárias que incorporem os diversos atores envolvidos com a política de saúde, mediante o estabelecimento de mecanismos participativos e permanentes de decisão, nos diferentes níveis do sistema”* (PINHEIRO *et al.*, 2002, p. 59).

Sobre o conjunto dos sentidos que a integralidade pode assumir, é consenso entre os pesquisadores do LAPPIS, que a mesma busca superar as concepções redutoras das necessidades sociais das pessoas. Esses autores partem do pressuposto de que as necessidades sociais não podem ser dissociadas da vida, das práticas sociais e das relações sociais e não se realizam apenas no esforço individual, mas também, coletivo. Nesse sentido, a integralidade aparece como:

Uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (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 (PINHEIRO, 2001, p. 65).

Corroborando com a polissemia do conceito de integralidade, Cecílio (2006) faz uma (re) interpretação da Reforma Sanitária, baseado nos princípios da universalidade, equidade e participação social, apontando-os como conceitos-signo do pensamento sócio-político da saúde pública. A partir desta interpretação, esse mesmo autor focaliza num primeiro momento, a integralidade nos espaços micro-políticos, comprometendo assim, toda a equipe de saúde na condução das práticas. Envolve não somente a Clínica, a Epidemiologia e a Gestão em Saúde, mas também saberes das Ciências Sociais e Humanas que permitem o

¹² Esses conceitos são utilizados por Silva Júnior *et al.*, 2006 e Mascarenhas, 2003, e serão mencionados adiante.

enfrentamento dos diversos contextos vivenciados, em direção às respostas das necessidades de saúde¹³ dos usuários/famílias.

Nessa direção Cecílio afirma que “*a integralidade da atenção no espaço singular de cada serviço, pode ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível às necessidades da população, que devem ser captadas em sua expressão individual*”, denominado assim, de “*integralidade focalizada*” (CECÍLIO, 2006, p.118).

A outra dimensão apresentada pelo mesmo autor seria “fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja ele um centro de saúde, uma equipe do PSF, um ambulatório de especialidades ou um hospital, a uma rede muito mais complexa, composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do setor saúde”, sendo denominada de “*integralidade ampliada*” (CECÍLIO, 2006, p.117-118). Em outras palavras, este autor argumenta que a “*integralidade focalizada*”, quando ocorre em rede, torna-se ampliada e envolve não só os serviços de saúde como também outras instituições que não as do setor.

Sendo assim, numa articulação entre a micro e a macropolítica, a integralidade não depende apenas do *espaço singular* (CECÍLIO, 2006) dos serviços – mesmo que estes cumpram a contento a sua função social – para ser alcançada, e sim, de uma articulação entre serviços e ações setoriais e intersetoriais. Isso porque, “dependendo do momento que vive o usuário, a tecnologia de saúde que necessita pode estar em uma unidade básica de saúde ou em algum serviço produtor de procedimentos mais sofisticados” (MERHY, 1997, p. 11 *apud* CECÍLIO, 2006). E até mesmo poderá depender de uma cooperação com outro (s) setor (es) da política governamental (CECÍLIO, 2006).

Nesse sentido, para esse autor, a luta pela consolidação da integralidade implica, essencialmente, na construção de práticas inovadoras em saúde, a partir da gestão, planejamento e do processo de trabalho organizado a partir das necessidades dos usuários do serviço.

¹³ Cecílio (1999) trabalha com a idéia de necessidades de saúde a partir da organização de quatro grandes conjuntos. i) boas condições de vida; ii) acesso e consumo às tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida; iii) vínculos afetivos entre usuário e equipe e/ou profissional; e iv) autonomia dos usuários no seu modo de levar a vida (CECÍLIO, 2006).

Além das noções e características da integralidade até aqui contextualizadas, Giovanella *et al.* (2002) buscaram operacionalizar o conceito de integralidade para avaliar os sistemas municipais de saúde, a partir de quatro dimensões, cada qual vinculada a diferentes campos de intervenção, correspondentes, quais sejam: i) primazia das ações de promoção e prevenção, ao campo político de definição de prioridades; ii) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, ao campo da organização dos sistemas de atenção; iii) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, ao campo da gestão; e iv) abordagem integral do indivíduo e famílias, ao campo do cuidado individual. Este estudo é mais uma proposta de abordagem da integralidade.

Esse marco teórico trazido no presente estudo, desenvolvido principalmente por Mattos (2006); Pinheiro (2005; 2006); Cecílio (2006); Giovanella *et al.* (2002) permite captar não apenas a polissemia conceitual da integralidade; os diferentes âmbitos e dimensões que podem ser considerados na análise do sistema de saúde, mas também, a complexidade da operacionalização da integralidade seja no plano individual ou coletivo.

1.2. CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS TRABALHADORES: DIMENSÃO ANALISADORA DA INTEGRALIDADE

Feita essa breve revisão da literatura sobre os diferentes sentidos e características que a integralidade pode assumir, cabe destacar que o ponto de vista que se adotou neste estudo está relacionado ao modelo analítico proposto por Pinheiro (2001; 2003; 2005; 2006). Dentre as três dimensões sistematizadas nos estudos de integralidade por essa autora – práticas de gestão e organização dos serviços; conhecimentos e práticas dos trabalhadores e participação social – buscou-se priorizar aqui a dimensão dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores.

Essa dimensão é qualificada pela autora (2005), como um dispositivo político, que tem nas práticas cotidianas a potencialidade de habilitar os sujeitos nos espaços públicos, e a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde. Tais arranjos são marcados por conflitos e contradições, em uma arena de disputa política, que tem como foco, a defesa da saúde como direito de cidadania.

Essa mesma autora afirma que é como construção e prática social que a integralidade ganha riqueza e expressão no campo da saúde, na medida em que essa perspectiva busca superar a tradicional forma de fazer política por meio de modelos, os quais requerem condições ideais e que, portanto, nunca se realizam completamente (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Com isso, pensar a integralidade, a partir dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores, implica compreender, conforme destacam Gomes, Pinheiro e Guizardi *apud* Pinheiro e Mattos (2006), o aumento da complexidade da organização dos serviços de saúde, com a presença de diferentes profissionais, e sua capacidade de gerar o cuidado integral, ou seja, uma ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO, 2005).

Nesse contexto, Pinheiro (2005) defende que cuidado é entendido não como um nível de atenção do sistema de saúde, ou como um procedimento simplificado, mas como uma ação integral, que precisa ser desenvolvida numa inter-relação entre instituição – trabalhadores de saúde – usuário, de modo que possibilite à equipe de saúde participar do dia-a-dia da comunidade, com a ampliação do espaço para conhecer e compreender o indivíduo, a família e a comunidade, em seu contexto social.

Desse modo, para analisar a qualidade da atenção à saúde da população com HIV/AIDS a partir de contribuições da integralidade, o foco do presente estudo recaiu sobre o cotidiano das equipes e usuários, a partir da dimensão do cuidado integral e organização da atenção. Com isso, buscou-se valorizar os conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade de atenção, conforme preconizados por Silva Júnior e Mascarenhas (2003). *Acolhimento*, para esses autores, incluiria as noções de acesso, referência, capacidade de escuta e percepção das demandas e seus contextos biopsicossociais, a discriminação de riscos e a coordenação de um trabalho de equipes multiprofissionais, numa perspectiva interdisciplinar, e um dispositivo de gestão para ordenamento dos serviços oferecidos. *Vínculo e responsabilização* englobariam não só a noção de longitudinalidade, mas a instituição de referências terapêuticas e a responsabilidade do profissional ou da equipe em articular ações e encaminhamentos aos outros recursos disponíveis para resolução dos problemas de saúde da população. *A qualidade da atenção à saúde* pressupõe a referência de um modelo idealizado que leva em conta um conjunto articulado de ações, com efetividade

comprovada em determinadas situações de saúde e doença, desenvolvida dentro de uma relação humanizada entre a equipe e os usuários, sendo percebida satisfatoriamente por estes últimos em termos de suas expectativas (MASCARENHAS, 2003; SILVA JUNIOR 2006).

1.3. A INTEGRALIDADE COMO PARÂMETRO DE AVALIAÇÃO

A partir da literatura sobre avaliação de políticas sociais identificam-se algumas situações. Dentre elas, que a avaliação se faz presente em várias áreas, como saúde, educação, administração e economia, e que em cada campo temático em que se insere e os diferentes contextos onde ela é usada, o escopo da avaliação ganha contornos próprios que se materializam sob a forma de conceitos específicos, métodos e técnicas diferenciadas de aplicação (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Fica presente também, que avaliação é um termo antigo que resiste na atualidade como tema de destaque, especialmente no cenário das ações de planejamento e gestão em saúde. Essa evidência dos estudos avaliativos na atualidade é justificada por Arretche (2000), pela escassez de investimentos públicos destinados às políticas sociais e a pressão de uma maior racionalidade dos gastos públicos, vinda especialmente das agências financiadoras, como o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), a Organização Mundial de Saúde (OMS), dentre outras agências, como também, pelo movimento do Ministério da Saúde, na busca da institucionalização da avaliação da política de saúde.

Desse modo, as políticas sociais, e de saúde em específico, são cada vez mais objeto de avaliação nas últimas décadas. Sobretudo, a partir do novo modelo assistencial, criado a partir da implantação do SUS, que passou a exercer inquestionável influência na (re) definição das iniciativas de avaliação, apontando a necessidade de aproximação dos estudos avaliativos com outros modelos teórico-metodológicos, que incorporem a multidisciplinaridade do campo da saúde, e que considerem a interação entre as ciências biológicas, físicas e sociais, para a compreensão dos fenômenos sociais.

De acordo com estudos recentes¹⁴, a avaliação tradicional, denominada de normativa, apesar de seu valor, quando utilizada de forma solitária, tem se mostrado insuficiente para a

¹⁴ Mascarenhas (2003); Nemes (2004); Silva Júnior *et al.* (2006); Camargo Júnior *et al.* (2006).

compreensão de aspectos relevantes para as políticas públicas de saúde, principalmente a partir das mudanças nos modelos técnico assistenciais em saúde. Sendo assim, a incorporação da abordagem qualitativa nos estudos avaliativos adverte para a importância de aprofundar e incorporar os princípios do SUS, como a equidade, a integralidade e qualidade da atenção, além da necessidade de incorporar e dar voz aos atores envolvidos no processo saúde-doença.

Conill (2004) aponta que o esforço de pensar a integralidade para o campo da avaliação em saúde envolve os mesmos aspectos relativos à avaliação de serviços e sistemas de saúde, ou seja, a multicausalidade do processo saúde/doença; a diferença entre a dimensão individual e coletiva do conceito de qualidade, a relatividade da noção de valor e o fato de que os processos avaliativos lidam com relações sociais e processos organizacionais muito complexos. Nessa perspectiva, avaliar é também considerar os conflitos visando o entendimento da cultura institucional e da prática dos sujeitos que o serviço ou programa envolve, sendo necessário analisar dialeticamente os movimentos sociais e a conjuntura histórica de que o serviço/programa se insere (DESLANDES, 1997).

Alguns autores, como por exemplo, Silva Júnior *et al.* (2006), afirmam que a incorporação dos conceitos de integralidade nos estudos avaliativos é incipiente¹⁵, e dentre as experiências de avaliação que trazem o debate da integralidade realizado no Brasil, utilizam em sua maioria, o conceito de integralidade defendido no SUS, ou seja, aquela entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Dentre estes estudos, encontra-se o de Giovanella *et al.* (2002), que avançou nessa perspectiva e buscou operacionalizar o conceito de integralidade para avaliar os sistemas municipais de saúde, por meio de quatro dimensões: i) a primazia das ações de promoção e prevenção; ii) a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; iii) a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação e iv) abordagem integral do indivíduo. Apesar das quatro dimensões propostas pelos autores, esse estudo concentrou-se seus esforços na *análise do sistema de saúde*, ou seja, na estrutura assistencial, nos processos de gestão municipal do sistema de saúde, não contemplando uma análise da micro-política, conforme descrita por Cecílio (2002).

¹⁵ Os autores identificados que utilizam a integralidade nas avaliações em saúde: Conill (2004); Giovanella *et al.* (2002); Hartz (1997); Hartz & Contandriopoulos (2004); Mascarenhas (2003); Silva Júnior (2005; 2006).

Mascarenhas (2003) e Silva Júnior *et al.* (2006) apontam a necessidade de incorporar a integralidade nos processos de avaliação trazendo os conceitos de acolhimento, vínculo e qualidade da atenção - que estão implicados nas noções de integralidade, como forma de contribuir no avanço dos estudos avaliativos em saúde.

Esses conceitos operacionais foram empregados por Mascarenhas (2003) em sua tese de doutorado a partir de uma avaliação da implantação da atenção básica em saúde, no município de Niterói – RJ, através de um estudo de caso em uma Unidade Básica de Saúde e em um Módulo do Programa Médico de Família, utilizando duas abordagens metodológicas, a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. O foco desta pesquisa estava em avaliar as *práticas de cuidado em saúde*, a partir da infra-estrutura, do processo de trabalho, da integralidade e da qualidade da assistência, das duas modalidades de atenção à saúde, utilizando como condições traçadoras, as ações dos programas de pré-natal e hipertensão arterial. Neste estudo, a pesquisadora propôs uma operacionalização da integralidade empregando os conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção à saúde, como ferramentas para identificar a percepção das diferenças entre os dois processos de trabalho, e considerou proveitoso tal esforço, na medida em que contribuiu para instrumentalização do processo de avaliação das práticas assistenciais nas modalidades de atenção à saúde (MASCARENHAS, 2003).

CAPÍTULO II – AS RESPOSTAS BRASILEIRAS NO ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS

O cenário político brasileiro marcado pela década de 80, de intensa mobilização política e social, em que começavam a ser esboçadas as propostas de reforma do Sistema de Saúde, foi palco do surgimento da epidemia de AIDS no Brasil. E serviu de base, para que diversos atores sociais dessem início à construção das respostas para o enfrentamento ao HIV/AIDS no país.

Assim, na medida em que a sociedade se organizava diante do processo de pressão e cobrança de seus direitos sociais, dentre eles o direito à saúde, a sociedade civil, profissionais de saúde, pessoas com HIV/AIDS e as Organizações Não-Governamentais (ONG's), passaram a exercer importante função na construção das políticas públicas em relação à AIDS, sobretudo na formulação do Programa de AIDS, conforme será visto neste capítulo.

2.1. A EPIDEMIA DE AIDS NO BRASIL: ALGUMAS TENDÊNCIAS

Os primeiros casos de AIDS no Brasil são datados de 1980, porém só foram conhecidos e notificados em 1982 em São Paulo, em função do desconhecimento inicial acerca da doença (BRASIL, 2001).

Segundo dados do Sistema Nacional de Informações sobre Agravos e Notificação (SINAN¹⁶) do Ministério da Saúde, no Brasil, desde o início da epidemia até junho de 2007 foram totalizados 474.273 casos de AIDS. Considerando as regiões do país, 289.074 casos foram identificados na Região Sudeste, 89.250 na Região Sul, 53.089 no Nordeste, 26.757 no Centro-Oeste e 16.103 na Região Norte.

¹⁶ Esse Sistema integra o Sistema de Informações em Saúde (SIS), sendo responsável pela contabilização dos casos de pessoas soropositivas que desenvolveram a síndrome, ou seja, portadoras de AIDS. Assim, essa base de dados não contabiliza as pessoas com o vírus HIV, o que acarreta uma subnotificação dos casos de HIV no Brasil (COUTO, 2002).

Tabela 1: Casos de AIDS no Brasil – 1982 a 2006

Região	Nº. de casos	%
Sudeste	289.074	61,0
Sul	89.250	18,8
Nordeste	53.089	11,2
Centro-Oeste	26.757	5,6
Norte	16.103	3,4
Total:	474.273	100,0

Fonte: Boletim Epidemiológico PN-DST/AIDS – Dez. 2007.

Como se pode observar na tabela acima, a maioria dos casos notificados de AIDS encontra-se concentrados na Região Sudeste, sobretudo nos estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro. Das ocorrências registradas na região sudeste, 60% dos casos estão localizados no Estado do Rio de Janeiro, e desse total, quase 90% dos casos do Estado estão concentrados na região metropolitana I e II, conforme pode ser visto na tabela abaixo.

Tabela 2: Distribuição dos casos notificados de AIDS segundo regiões do Estado do Rio de Janeiro, 1982-2007

Regiões	Nº. de Casos	%
Metropolitana I	42898	76,0
Metropolitana II	5419	9,8
Noroeste Fluminense	497	1,0
Norte Fluminense	1635	3,0
Serrana	1933	3,5
Baixada Litorânea	836	1,5
Médio Paraíba	1467	2,6
Centro Sul Fluminense	631	1,2
Baía da Ilha Grande	582	1,0
Municípios Ignorados	189	0,4
TOTAL	56087	100,0

Fonte: Boletim Epidemiológico DST/AIDS, 2007. Assessoria de DST/AIDS do Estado do Rio de Janeiro.

De acordo com Pimenta (2004), somente a partir da última década a epidemia vem apresentando uma tendência de redução relativa nas taxas de incidência nacional, mantendo-se estável, em torno de 20.000 casos novos por ano. Do mesmo modo, é possível perceber mudanças no perfil de incidência da epidemia no Brasil.

Os primeiros casos de AIDS foram identificados em homossexuais masculinos, bissexuais e pessoas que haviam recebido transfusões de sangue ou hemoderivados. Entretanto, estudiosos como Bastos (1997) e Pimenta (2004) identificam alteração do perfil de incidência da epidemia no Brasil desde o surgimento dos primeiros casos de AIDS até hoje. Ao longo do tempo, a razão entre os sexos vem diminuindo de forma progressiva. Em 1985, havia 15 casos da doença em homens para 1 em mulher. Hoje, a relação é de 1,5 casos em homens para 1 caso em mulher. Observa-se crescimento da epidemia em heterossexuais, estabilização entre homossexuais e bissexuais e redução entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Em 1996, dos casos registrados em homens, 29,4% foram em homo/bissexuais; 25,6% em heterossexuais; e 23,6% em UDI. Dados de 2006 demonstram que foram 42,6% em heterossexuais; 27,6% em homo/bissexuais e 9,3% em UDI. Em mulheres acima de 13 anos, dos casos notificados em 1996, 86,1% foram em heterossexuais e 12,6% em UDI. Em 2005, há maior transmissão entre heterossexuais e em UDI (Boletim Epidemiológico, 2007).

Essas informações permitem identificar mudanças ocorridas na disseminação da epidemia, apontando como as principais tendências da epidemia no país, segundo informações do Ministério da Saúde (MS, 2002):

a) *pauperização*: Até 1982 a totalidade dos casos era atribuída à população com grau de escolaridade superior. Depois desse período há uma tendência de aumento de registro em pessoas com menor grau de escolaridade. Em 1995, 31% dos casos pertenciam a esse grupo de menor escolaridade, e destes, 69% eram analfabetos ou tinham cursado até o ensino fundamental. Em 2002, quase 80% dos casos de AIDS têm apenas até oito anos de estudo, incluindo uma proporção significativa de analfabetos;

b) *interiorização*: Os casos iniciais da doença situavam-se nos grandes centros urbanos da região sul e sudeste. A partir de 2004 identifica-se o aumento de casos de AIDS fora dos centros urbanos;

c) *feminização*: Até 1986 apenas 5% dos casos notificados eram do sexo feminino. Em 2005 passam a ser 15 casos por 100 mil mulheres, ou seja, a proporção é de 1,5 homens para 1 mulher infectada;

d) *heterossexualização*: Aumento significativo dos casos dentro da subcategoria de exposição heterossexual. Em 1996, dos casos registrados em homens, 29,4% foram em homo/bissexuais; 25,6% em heterossexuais, já em 2006, foram 42,6% em heterossexuais; 27,6% em homo/bissexuais.

Outra tendência observada em relação à epidemia de AIDS relaciona-se à contaminação inicial da doença concentrada em grupos populacionais, especialmente os homossexuais. Esse fato contribuiu para que a AIDS fosse considerada restrita a determinados "grupos de risco", e difundiu a idéia que a doença afetava somente pessoas que apresentavam comportamentos "condenados" pela sociedade, sobretudo os homossexuais, prostitutas, usuários de drogas injetáveis. Essa população, que historicamente já era objeto de discriminação, foi também, considerada culpada pela disseminação da epidemia, contribuindo para imprimir um forte caráter estigmatizante na construção social da doença (GÓIS, 2001).

Nesse processo, a mídia contribuiu significativamente para fomentar o medo e o preconceito através da reprodução e divulgação de informações distorcidas e equivocadas com relação à doença. As imagens construídas sobre a doença e o doente modelaram muitas das informações sobre a AIDS e geraram outra sub-epidemia: a do medo, violência e desespero (GÓIS, 2001), fazendo com que até hoje as pessoas que vivem com HIV/AIDS sejam alvo de preconceitos, medo e discriminação. Souza (1986) destaca que não só isso, mas também, o fato de a AIDS estar relacionada a questões como, sexualidade, opção sexual, relações conjugais, condição de gênero, formas de práticas sexuais, contribuiu para a "criminalização de um fenômeno de saúde" e a "marginalização de pessoas afetadas" pela doença.

Apesar desse contexto de surgimento da epidemia, as alterações no padrão de disseminação da epidemia, conforme mencionado acima, contribuíram para substituir por parte do Programa Nacional, e pela literatura especializada, o conceito "*grupos de risco*", até então utilizado, pelo conceito de "*comportamentos de risco*". Nesse novo conceito, a conduta individual passou a ser considerada o fator-chave na transmissão do HIV/AIDS, sendo os hábitos e atitudes pessoais os fatores que determinavam o quadro de saúde ou doença. Essa

nova abordagem contribuiu para universalizar a preocupação com a difusão da epidemia, estimulando a adoção de medidas preventivas individuais, porém, ainda carregava estigma e discriminação.

Com o passar do tempo, os conceitos de “grupos” e de “comportamentos de risco” até então vigentes, foram substituídos pela noção de *vulnerabilidade*. Ayres *et al.* (1999) chamam atenção para a importância do conceito de vulnerabilidade, pelo fato deste considerar a possibilidade de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante não dos aspectos individuais, mas também coletivos, segundo dimensões sociais, institucionais, contextuais e intersubjetivas, que acarretam maior susceptibilidade à infecção. Nesse sentido, conforme destaca Pimenta (2004, p. 73), “o conceito de vulnerabilidade veio dar resposta à necessidade de ultrapassar a abordagem individualista das estratégias de redução de risco”. Nesse sentido, Parker (1996) *apud* Pimenta (2004) coloca:

Talvez, a mais importante transformação isolada em nossa maneira de pensar sobre HIV/AIDS no início dos anos 90 tenha sido o esforço de superar essa contradição [entre ‘grupos de risco’ e ‘população geral’]. Isso pela passagem da noção de risco individual e uma nova compreensão de vulnerabilidade social, passagem crucial não só para nossa compreensão da epidemia, mas para qualquer estratégia capaz de conter seu avanço (PARKER, 1996, p.5 *apud* PIMENTA, 2004).

Essas mudanças nas concepções/conceitos sobre a doença e os doentes estão expressas, em grande medida, no enfrentamento da epidemia por parte do governo.

2.2. AS RESPOSTAS GOVERNAMENTAIS À EPIDEMIA DE AIDS E A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

As particularidades do cenário de surgimento da doença, marcado pela gravidade como a epidemia emergiu, seu impacto na vida das pessoas envolvidas direta ou indiretamente, o medo iminente da morte, a culpa pela contaminação, dentre outros fatores, contribuíram para promover o debate sobre o tema. Ademais, impulsionaram o desencadeamento as atividades iniciais para o enfrentamento da epidemia, assumidas principalmente pelas pessoas que viviam e conviviam com HIV/AIDS.

Desse modo, a participação da sociedade civil, principalmente das pessoas que viviam e conviviam com o HIV/ AIDS, contribuiu para a criação das organizações e espaços que

deram voz e corpo às reivindicações das pessoas com HIV/AIDS. Serviu para pressionar as autoridades sanitárias estaduais na incorporação da AIDS como questão de saúde pública. Como bem enfatiza Galvão (1999, p.118), *“é possível apontar que na década de 80, foi de extrema importância a mobilização da sociedade civil, para forçar os governos a implantarem iniciativas em torno da AIDS”*.

Nesse sentido, Basso (2002) afirma que o Programa de AIDS - contrariamente à tradição dos programas de saúde pública -, foi criado com base na iniciativa e pressão da sociedade afetada pelo agravo e não pela decisão técnica fundada nos paradigmas que orientavam o planejamento de um problema de saúde reconhecido como de saúde pública.

Revisando a literatura sobre HIV/AIDS identifica-se que o primeiro programa governamental brasileiro de DST/AIDS¹⁷ foi criado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo em 1983, em resposta a demandas de grupos homossexuais militantes que cobravam uma posição do Estado frente à nova epidemia (TEIXEIRA, 1997; GALVÃO, 2000; BASSO, 2002).

Teixeira (1997) analisa que a atuação governamental frente à AIDS no período de 1983 a 1986 foi realizada apenas em âmbito estadual¹⁸, e se pautou por investimentos em vigilância epidemiológica, em assistência médica e difusão de um discurso de alerta e de não-discriminação. Na área de prevenção, as ações eram tímidas e se limitava a reuniões, palestras, distribuição de folhetos e utilização da mídia.

A participação do Ministério da Saúde permaneceu até meados da década de 80, sem relevância em termos da construção de qualquer estratégia por parte do setor governamental para intervir na epidemia de AIDS. Somente em 1986, no auge da redemocratização do país, e da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (cujas diretrizes representaram os primeiros passos em direção ao Sistema Único de Saúde), e por influência de organizações internacionais, tais como a Organização Mundial de Saúde, que naquele mesmo ano criou o Programa Especial de AIDS (denominado em 1987, como Programa Global de AIDS), as

¹⁷ O primeiro Programa brasileiro foi denominado Programa Estadual de HIV/AIDS, sob coordenação da Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária (DHDS), que em 1985 foi designado Centro de Referência Nacional para a AIDS.

¹⁸ Até 1985, outros programas foram criados em pelo menos dez Estados, baseados no pioneirismo e nas referências que a experiência paulista oferecia, a saber: Alagoas, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Santa Catarina (TEIXEIRA, 1997).

ações governamentais em âmbito federal de combate à epidemia de HIV/AIDS começaram a ganhar expressão pública (TEIXEIRA, 1997).

A partir desse contexto, em 1988 foi oficialmente criado um Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) dentro da estrutura do Ministério da Saúde (GALVÃO, 1999), mas com relação de dependência com os programas estaduais. O primeiro grande projeto elaborado pelo Programa Nacional foi o Projeto Previna, em 1989, direcionado, principalmente, aos “grupos de risco”, tais como eram definidos na época os/as profissionais do sexo, os homossexuais, os internos do sistema penitenciário e os usuários de drogas injetáveis (GALVÃO, 1999).

Ao se consolidar e fortalecer institucional e financeiramente, o Programa Nacional de DST/AIDS reverteu sua relação inicial, de dependência com os estados, passando a agir de forma centralizada, ditando e difundindo as normas e atividades a serem empreendidas em todo o país (TEIXEIRA, 1997).

Durante o Governo Collor, o PN de DST/AIDS passou por período de crise, sofrendo fragilização importante na articulação entre a Coordenação do Programa Nacional, os Programas Estaduais e as ONGs. Esse acontecimento foi corroborado pela veiculação de campanhas negativas de prevenção na mídia, que refletia claramente, de acordo com Teixeira (1997), a prioridade da instância federal com estratégias discriminatórias de prevenção que valorizavam a promoção da saúde quase que exclusivamente entre os não-infectados, despertando profunda indignação nos ativistas que viviam um momento de solidariedade para com os soropositivos. Dessa forma, a postura do Programa Nacional nesse período, fez com que as ONG's se afastassem das ações governamentais no enfrentamento a epidemia.

A partir de 1992, sob coordenação de Lair Guerra, o PN retomou as relações com as ONGs - inclusive criou-se o Setor de Articulação com ONGs, com os Programas Estaduais e com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse movimento, de retomada de cooperação entre as ONGs brasileiras e o programa nacional e estadual de AIDS, teve como principal motivador, as perspectivas de empréstimos¹⁹ financeiros com o Banco Mundial, responsáveis pelo firmamento do Projeto AIDS I²⁰ e, posteriormente, AIDS II²¹ (GALVÃO, 1999).

¹⁹ O Ministério da Saúde assinou com o Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), no ano de 1994, o primeiro acordo de empréstimo, denominado de AIDS I (BASSO, 2002). No total foram estabelecidos três acordos, que contam com recursos financeiros provenientes do Banco Mundial e com

Atravessado o período de crise, o PN-DST/AIDS passou a se estruturar a partir de três componentes, sendo eles: a promoção, proteção e prevenção das DST/AIDS; o diagnóstico, tratamento e a assistência; e o desenvolvimento institucional e gestão do programa (BRASIL, 2002). De acordo com a Política do Programa de DST/AIDS, a Missão do Programa é: “Reduzir a incidência do HIV/AIDS e outras DST e a vulnerabilidade da população brasileira a esses agravos e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS”. Para isso, foram definidas diretrizes de melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas portadoras de AIDS e outras DST; de redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; de aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST e da infecção pelo HIV; de aumento da cobertura das ações de prevenção em mulheres e populações com maior vulnerabilidade; da redução do estigma e da discriminação; e da melhoria da gestão e da sustentabilidade. Além de estratégias para reduzir o estigma e os demais impactos sociais negativos do HIV/AIDS e outras DST, por meio de políticas públicas pautadas pela ética, pelo respeito à diversidade sexual, racial, étnica, social, econômica e cultural, à cidadania e aos direitos humanos. Com compromisso com a promoção e atenção à saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, contribuindo para a resposta global à epidemia (Disponível em: www.aids.gov.br).

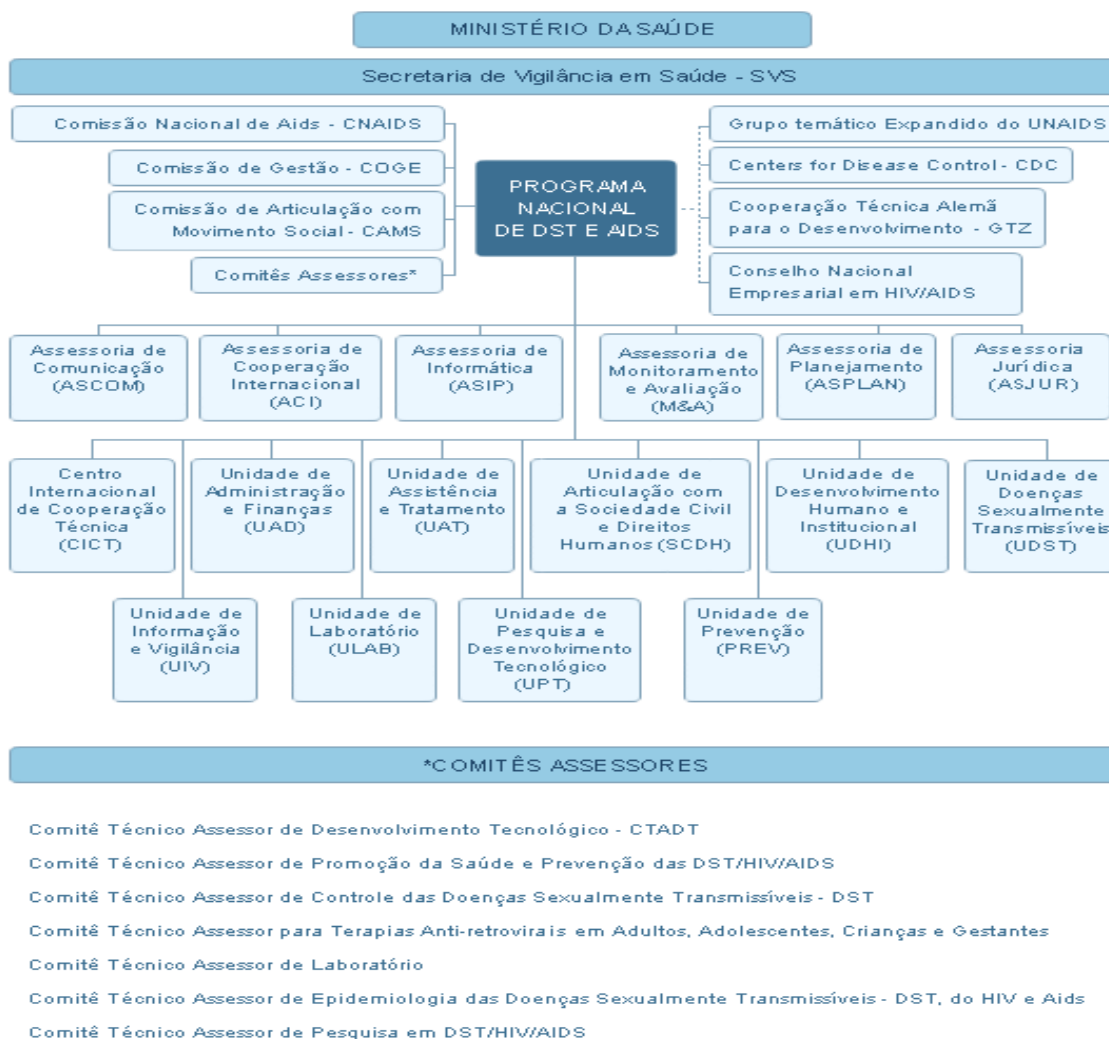
Desde sua concepção, o PN-DST/AIDS foi denominado de várias formas e subordinado a diferentes instâncias do Ministério da Saúde (MS). Em 2003, ocorreu uma reorganização do MS e a Coordenação Nacional (CN) passou a ser subordinada à nova Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde, sendo responsável pela formulação das políticas, diretrizes e estratégias referentes à promoção da saúde, à prevenção das DST/AIDS e à assistência aos infectados.

contrapartida nacional (Federal, Estados e Municípios conveniados) (MS, 2002). O AIDS I contribui para mudanças importantes no tocante ao diálogo e participação da sociedade civil no programa nacional de AIDS (GALVÃO, 1999).

²⁰ Este acordo tinha como metas gerais: reduzir a incidência e a transmissão do HIV e das DST e a fortificação das instituições públicas e particulares responsáveis pelo controle do HIV/AIDS (BASSO, 2002).

²¹ Esse acordo foi firmado em 1998, em consonância com o primeiro, e teve como finalidade o aprimoramento e a ampliação das ações de promoção e proteção à saúde e dos direitos das pessoas com HIV/AIDS; prevenção e atenção à saúde dos infectados por DST e HIV/AIDS; e a fortificação das instituições públicas e particulares que prestam assistência a esses agravos (BASSO, 2002).

Figura 1: Organograma do Programa Nacional de DST/ AIDS



Fonte: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 19 jun. 2008.

Como pode se visto no organograma acima, o PN-DST/AIDS estruturou-se em diferentes Assessorias e Unidades Técnicas Administrativas.

A Assessoria de Planejamento e Avaliação (ASPLAV) é responsável por auxiliar a Coordenação Nacional na tomada de decisões, definindo diretrizes e estratégias, em conjunto com as demais Unidades da Coordenação, para o desenvolvimento das ações que compõem os Componentes e Subcomponentes do Projeto AIDS II (BRASIL, 2002), sobretudo no que se refere ao planejamento, à programação, ao monitoramento e à avaliação das ações executadas.

A Unidade de Prevenção é responsável pela formulação e implementação de uma política nacional de prevenção de DST/AIDS no país. Tem sob sua responsabilidade propor estratégias de intervenção junto à população em geral, sobretudo nos grupos de vulnerabilidade, visando aumentar os níveis de informação e consciência da população sobre os riscos de infecção. Deve também ampliar tanto a cobertura quanto o impacto das intervenções adotadas, sobretudo em nível local, no esforço de redução da incidência das DST/HIV/AIDS. Os princípios e diretrizes que orientam a política de prevenção são:

- Atitudes de solidariedade, não-preconceito e não-discriminação em relação às pessoas que vivem com HIV/AIDS;
- Garantia dos direitos individuais e sociais das pessoas que vivem com HIV/AIDS;
- Acesso à rede de saúde e disponibilização de insumos de prevenção, assim como aconselhamento e tratamento das pessoas infectadas pelo HIV e portadores de DST;
- Descentralização, institucionalização e sustentabilidade das ações de saúde no que se refere à prevenção, promoção e educação em saúde (MS, 2002).

Segundo dados disponibilizados pela CN-DST/AIDS (2001), as políticas de promoção à saúde e de prevenção às DST/AIDS teriam como meta delinear ações que estejam de acordo com os princípios que regem o SUS, a saber, descentralização, equidade, integralidade e participação social. E às políticas públicas em DST/AIDS caberia avaliar os contextos individuais, coletivos e sociopolíticos que levam ao risco ou vulnerabilidade acrescida à infecção por DST/HIV, visando estimular e estabelecer: i) Mudanças de comportamento através do acesso ampliado à informação; ii) Desenvolvimento de modelos de intervenção que levem em conta a complexidade do corpo social; iii) Desenvolvimento de trabalhos de intervenção com estratégias educacionais de grupo; iv) Fortalecimento de redes sociais que difundam ações de promoção da saúde, prevenção da doença e apoio aos infectados; v) Desenvolvimento de parcerias com instituições públicas, ONGs e associações comunitárias que lidem com a questão das DST/AIDS; e vi) Criação de mecanismos institucionais que permitam a participação empresarial no controle e prevenção da epidemia.

Desta forma, segundo o Relatório de implementação e avaliação - 1998 a 2002, elaborado pela Coordenação Nacional de DST/AIDS, as principais estratégias de promoção da saúde e prevenção ao HIV/AIDS adotadas pelo PN-DST/AIDS concentravam-se em: a) realização de campanhas em massa (através da mídia impressa e internet); b) apoio a projetos

de intervenção comportamental que visem à redução da vulnerabilidade/risco de infecção pelo HIV e que partam, sobretudo, de iniciativas comunitárias; c) estímulo à demanda e amplificação da oferta e do acesso a insumos de prevenção, tais como seringas descartáveis, preservativos; d) desenvolvimento de ações integradas nas três esferas de governo com órgãos governamentais conveniados; e) estabelecimento de parcerias com o setor empresarial; f) capacitação de equipes multiplicadoras que se dediquem à disseminação de informação sobre HIV/AIDS (BRASIL, 2002).

A implementação destas medidas é realizada pelos Programas Estaduais e Municipais de DST/AIDS e por organizações da sociedade civil, como as ONGs. A execução destas ações em nível local, conta com a capacidade instalada dos Programas Estaduais e Municipais implantados e é orientada por critérios epidemiológicos e de densidade populacional, visando priorizar populações vulneráveis e de risco acrescido às DST/HIV/AIDS.

A construção de políticas de DST/AIDS pela Unidade de Prevenção da CN-DST/AIDS e por diversos outros atores inseridos no contexto do SUS exige, portanto constante reflexão acerca do risco e da vulnerabilidade individual e social às DST/HIV/AIDS, visando sua prevenção e a promoção da saúde por meio do estímulo a comportamentos e práticas mais seguras e da ampliação da oferta de serviços assistenciais e de dispositivos preventivos direcionados a segmentos populacionais definidos, sobretudo em nível local.

A Unidade de Assistência da CN-DST/AIDS é responsável pela/o:

- Definição das diretrizes técnicas de tratamento das DST/HIV/AIDS;
- Elaboração da estimativa de necessidade e dos custos de medicamentos para as DST/AIDS;
- Coordenação da logística de aquisição e distribuição de medicamentos e apoio ao Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM);
- Apoio aos laboratórios nacionais credenciados para a produção de medicamentos anti-retrovirais (ARV);
- Elaboração e implementação de estratégias que promovam a adesão dos pacientes à terapia ARV;
- Capacitação de profissionais no manejo clínico dos portadores de DST/HIV/AIDS;
- Coordenação de uma política nacional de tratamento das DST visando, sobretudo, a prevenção da transmissão da infecção pelo HIV;

- Credenciamento dos Centros de Referência para as DST/AIDS;
- Definição das normas de procedimento para exames laboratoriais; aquisição e distribuição de insumos e equipamentos laboratoriais em redes estaduais e municipais;
- Avaliação da qualidade (através de cooperação técnica internacional) dos procedimentos laboratoriais;
- Implantação e gerenciamento da rede de serviços assistenciais alternativos, como os Serviços de Assistência Especializada (SAE), Hospitais Dia (HD) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT);
- Coordenação das iniciativas de integração das atividades assistenciais e preventivas em DST/AIDS com o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), o Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (PAISMCA), entre outros (BRASIL, 2002).

O Brasil foi um dos primeiros países a adotar políticas efetivas para a melhoria da assistência às pessoas com HIV/AIDS. No início da epidemia lançou a política de distribuição gratuita de AZT (medicamento utilizado na monoterapia) e posteriormente, em 1996, o programa de acesso universal à terapia combinada de retrovirais (ARV). Em 2002, o Ministério da Saúde disponibilizava 15 medicamentos anti-retrovirais para cerca de 115.000 indivíduos, que correspondem a praticamente 100% dos pacientes com indicação de tratamento (BRASIL, 2002).

Essa política de medicamentos tem se refletido na redução de internações por AIDS, redução de custos e mortes evitadas. Em recente avaliação realizada a pedido do MS, estudiosos demonstraram que, no período de 1994-2001, foram evitadas mais de 90.000 mortes por AIDS no País. Com isso evitou-se, aproximadamente, 125.000 internações no ano de 2001, a um custo aproximado de 360.000 dólares (BRASIL, 2002).

Além da distribuição de ARV, a esfera assistencial ao HIV/AIDS no Brasil também conta com: Serviços de atendimento às DST, SAE, Hospitais Dia e de Hospitais Credenciados (HC), Assistência Domiciliar Terapêutica e Centros e Núcleos de Atendimento Psicossocial (CAPS/NAPS), todos inseridos na rede do SUS.

Os serviços de atendimento ao HIV/AIDS contam com cerca de 900 unidades de saúde distribuídas por todo o país nos diversos níveis de complexidade do SUS. Segundo a CN-DST/AIDS, estas unidades dispõem de profissionais de saúde treinados e capacitados

para efetuar o diagnóstico, prover assistência clínica e o tratamento adequado, estimulando também a prevenção, através do fornecimento de preservativos e do aconselhamento para testagem do HIV (BRASIL, 2002).

As respostas ao enfrentamento ao HIV/AIDS no Brasil, tanto no que se refere às ações assistenciais, quanto de prevenção, vêm sendo estimuladas pela CN-DST/AIDS em parceria com as ONG's e outras entidades da sociedade civil, sob a forma de projeto, como por exemplo, as casas de apoio para pacientes HIV+/AIDS e as organizações que prestam auxílio sócio-jurídico. Em 2002 existiam 48 projetos de casas de apoio sendo financiados pelo Programa, além de outros projetos em parceria com ONG's como, as casas de passagem, grupos de convivência, reinserção social, geração de renda, assistência domiciliar, atendimento psicossocial a crianças e a mulheres gestantes HIV+, saúde mental e acesso e adesão aos medicamentos e tratamentos odontológicos (BRASIL, 2002).

Seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde, a Coordenação Nacional de DST/AIDS estabeleceu na sua política de atuação, uma agenda comum com as Organizações da Sociedade Civil (OSC). Esse procedimento se deve também pelas respostas inovadoras e mobilizadoras emitidas por elas desde o início da epidemia. Nesse sentido, a efetivação dessa parceria assume um caráter inovador no âmbito do SUS, gerando, a partir de então, mecanismos que ampliaram a participação da sociedade civil na construção de respostas frente à epidemia de AIDS. Esses mecanismos caracterizam-se principalmente por incorporar a contribuição de representantes de OSC na formulação de estratégias e ações que visam à promoção das políticas públicas de saúde e apoiar técnica e financeiramente a participação de representação em instâncias diversas, nos âmbitos federal, estadual e municipal. (BRASIL, 2002).

Desde 1992, a CN-DST/AIDS assumiu uma política de articulação com a sociedade civil através de diversos canais: na participação em comitês, na Comissão Nacional de DST/AIDS e a partir da execução de projetos apoiados pelo Ministério da Saúde. No âmbito federal dois mecanismos podem ser destacados na promoção da articulação com a sociedade civil. O primeiro, diz respeito a promoção da participação comunitária e do controle social nas políticas de prevenção e controle das DST e AIDS, em suas etapas de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação, incluindo a efetiva participação em instâncias de formulação de política e de tomada de decisão, tais como, comitês, conselhos e comissões. A segunda linha de ação constitui-se no apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento de

ações de promoção à saúde, prevenção das DST e AIDS, atenção às pessoas que vivem com HIV e AIDS e fortalecimento e desenvolvimento institucional (BRASIL, 2002).

O amplo envolvimento de diversos setores sociais, entre os quais se destacam as organizações da sociedade civil, o setor privado, os sindicatos, as associações trabalhistas, os organismos internacionais e, especialmente, as pessoas vivendo com HIV e AIDS constituem o mecanismo fundamental para a construção das respostas brasileiras ao enfrentamento ao HIV/AIDS, conforme destaca Galvão (1999).

É importante ressaltar que o esforço e os avanços acumulados nos últimos anos no campo da saúde e, em especial, no enfrentamento ao HIV/AIDS, estão relacionados à construção de uma sociedade mais democrática. Desde seu início, foram construídas respostas à epidemia que resultaram em grandes avanços, não só para as pessoas que vivem com HIV/AIDS, mas, também, para outras áreas. Conforme destaca Galvão (2000) *apud* Couto (2002), a AIDS foi responsável por mudanças significativas em outros campos que não somente a saúde. Contribuiu para o reaquecimento das discussões sobre interdisciplinaridade, integralidade, além da viabilização e materialização de direitos civis e sociais para as pessoas com HIV/AIDS, dentre eles, Couto (2002, p. 76) destaca: i) garantia de assistência nas unidades públicas de saúde; ii) fornecimento de medicamentos específicos para o tratamento; iii) permissão de saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e Programa de Integração Social (PIS); iv) concessão do transporte gratuito; v) amparo legal para a garantia ao acesso e manutenção no emprego; vi) reconhecimento das diferenças étnicas, culturais e das diversas orientações sexuais; dentre outras ações voltadas para melhoria da qualidade assistencial e para postura ética e não discriminatória.

Dentro dos serviços de saúde, a AIDS provocou a introdução de formas inovadoras de atuação, como o envolvimento de pessoas que vivem com HIV/AIDS, e de segmentos específicos da população enquanto agentes ativos de saúde, ou multiplicadores no trabalho de prevenção. Além de ter promovido uma grande mobilização e organização social que foram fundamentais para a construção das políticas públicas em saúde.

Nesse processo, é preciso lembrar também, que a base para o sucesso das iniciativas voltadas para o combate à epidemia da AIDS é a existência do próprio SUS. Sem ele, não teria sido possível esses avanços. Ele é o grande diferencial em relação a outros países. Os

princípios do SUS, de acesso gratuito e universal e da integralidade da atenção, são as bases para a estruturação das políticas adotada para o enfrentamento da AIDS no caso brasileiro.

2.3. O PROGRAMA DE DST/AIDS NO ESTADO E NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

No Estado do Rio de Janeiro, as ações de controle e prevenção das DST/AIDS passaram a ser desenvolvidas em 1985 pela Divisão de Dermatologia Sanitária da SES-RJ, seguindo os moldes do programa estadual paulista. A partir de 1986, estas ações foram empreendidas pela então criada Divisão de DST/AIDS. Do ponto de vista organizacional, no Relatório da SES consta mudança a partir de 2003, quando o Programa de DST/AIDS do Estado do Rio de Janeiro, passou a ser administrado pela Assessoria Estadual de DST/AIDS, subordinada à Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ) ²² (SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE, 2001).

De acordo com o Relatório de Planejamento Estratégico da SES-RJ, até 2001, a Assessoria contava com sete áreas ou departamentos específicos, a saber: coordenação, planejamento e avaliação, prevenção, DST, logística de medicamentos e preservativos, vigilância epidemiológica, assistência e o setor administrativo.

A Assessoria de DST/AIDS da SES-RJ é responsável pelo gerenciamento, coordenação e monitoramento das ações preventivas e assistenciais em DST/AIDS, tanto no nível estadual quanto municipal. Dos 92 municípios do estado, até 2001, 42 possuem programas implantados de DST/AIDS. Destes, 12 (além da própria Assessoria Estadual de DST/AIDS) celebram convênios com o Ministério da Saúde para o recebimento dos recursos destinados aos componentes, prevenção, assistência e fortalecimento institucional do Projeto AIDS II. São eles: Angra dos Reis, Belford Roxo, Campos Goytacazes, Duque de Caxias, Macaé, Niterói, Nova Iguaçu, Petrópolis, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João do Meriti e Volta Redonda. Segundo a Assessoria de DST/AIDS, os programas do Rio de Janeiro, Niterói, Nova Iguaçu, Duque de Caxias, Petrópolis, Macaé e Campos são os que dispõem da melhor estrutura institucional e capacidade instalada para prestar serviços de alta

²² A Assessoria de DST/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) está subordinada a Coordenação de Epidemiologia da Superintendência de Saúde Coletiva e a Superintendência de Serviços de Saúde que, por sua vez, estão subordinadas a Subsecretaria de Estado de Saúde, que responde diretamente a SES.

complexidade em HIV/AIDS e promover sua prevenção (SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE, 2001).

Ainda segundo o Relatório de Planejamento Estratégico da Assessoria Estadual de DST/AIDS, as propostas de ações preventivas vêm sendo construídas de forma intersetorial, como resultado de parcerias entre os setores da Secretaria Estadual de Saúde (SES), outros órgãos governamentais e setores da sociedade civil, tais como as ONGs. Desde sua implantação, o Programa Estadual de DST/AIDS buscou articulações com: órgãos públicos do executivo estadual e municipal; instituições de ensino e pesquisa, como Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Universidade do Grande Rio; com o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CRM-RJ) e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB); e, ainda com organizações não-governamentais (ONGs) (SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE, 2001).

No início da epidemia, as instâncias governamentais reconheceram que as ONG's eram referência para os trabalhos de prevenção no Brasil. Desde 1993, as instâncias locais – tanto ONG's, quanto setores governamentais – têm sido receptivos aos recursos provenientes do primeiro e segundo acordo de empréstimo entre o Governo Federal e o Banco Mundial, aceitando também, propostas de atuação apresentadas pela Coordenação Nacional de DST/AIDS.

No Estado do Rio de Janeiro, a área de prevenção tem como objetivo principal a redução da incidência das DST/AIDS, principalmente entre os subgrupos populacionais mais vulneráveis - tais como, homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis (UDI), populações de baixa renda, indigentes, trabalhadores do sexo, mulheres, crianças, adolescentes e as populações indígenas. Segundo o Relatório de Planejamento Estratégico de 2001, essa área deve seguir as seguintes estratégias de intervenção: i) treinamento em prevenção e aconselhamento às DST/HIV/AIDS para profissionais de saúde; ii) treinamento em prevenção e aconselhamento às DST/HIV/AIDS para profissionais da rede pública de ensino; iii) expansão da implantação de Centros de Testagem e Aconselhamento; iv) distribuição para os municípios de preservativos masculinos; programação e distribuição de preservativos femininos; v) produção e distribuição de materiais educativos; vi) construção de projetos direcionados a populações específicas: - projeto de prevenção às DST/HIV/AIDS direcionados aos índios Guarani do Estado do RJ; - projeto direcionado às comunidades

empobrecidas; - política de controle e prevenção das DST/HIV/AIDS direcionado ao local de trabalho; vii) ações de prevenção nos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Para além desses esforços, consta na Agenda Estadual de Saúde da SES-RJ que a Assessoria de DST/AIDS deve ainda:

- Ampliar a capacidade instalada da rede pública de saúde no que diz respeito à assistência ambulatorial e hospitalar;
- Analisar o perfil epidemiológico das DST;
- Implementar serviços de atendimento de DST através da abordagem sindrômica;
- Realizar oficinas para a prevenção de DST;
- Realizar a vigilância epidemiológica das DST/AIDS através do registro, processamento, controle de qualidade e análise de dados do SINAN-AIDS.

A operacionalização e a condução do Programa de DST/AIDS no âmbito municipal iniciaram-se em 1992, a partir da criação da Gerência de DST e AIDS na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Sua consolidação ocorreu com o Decreto nº. 9.313 de 13 de novembro de 1996, que garantiu a todos os pacientes infectados pelo HIV, o acesso gratuito a medicação necessária ao seu tratamento e com o início da distribuição dos medicamentos para terapia tripla, em dezembro/96 (TRIBUNAL DE CONTAS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2004).

As ações deste Programa obedecem ao plano de aplicação de recursos estabelecido no programa de trabalho do Convênio 930 /2000, celebrado entre o Ministério da Saúde e a Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, em 24 de Agosto de 2000.

De acordo com o Relatório de Auditoria de Desempenho do Programa (2004), o Programa Municipal de DST/AIDS tem como Objetivos:

- Reduzir a transmissão do vírus HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST);
- Proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes de AIDS;
- Reduzir o índice de mortalidade;
- Reduzir o número de internações por infecções oportunistas.

Para atingir estes objetivos, a Gerência de DST/ AIDS divide suas ações em quatro áreas: i) vigilância epidemiológica; ii) prevenção; iii) assistência e tratamento e iv) monitoramento e avaliação.

Por ações de **vigilância epidemiológica** entendem-se aquelas referentes ao estabelecimento de registros, qualitativos e quantitativos, acerca da evolução do vírus HIV. A formatação dos registros fornecidos pela Vigilância Epidemiológica permite à Gerência de DST/AIDS, realizar o planejamento, a gestão e a avaliação das ações realizadas, adequando as mesmas à dinâmica da infecção ao longo do tempo.

Esta área de atuação tem como objetivo principal a redução da taxa de transmissão do vírus da AIDS e outras DST, através de ações direcionadas para a promoção de comportamentos de prevenção em grupos de risco e vulneráveis. O papel do Município na **área de prevenção** se dá na distribuição de preservativos (masculinos e femininos), material educativo, material institucional e a capacitação de profissionais, lideranças e voluntários ligados ao processo. Neste segmento a SMS estabelece parcerias com ONGs e associações comunitárias de forma a expandir sua área de atuação.

Em relação à **assistência e tratamento**, no município do Rio de Janeiro existem 43 unidades de saúde, que realizam atendimentos às pessoas com HIV/AIDS. Essas unidades de saúde são distribuídas em cinco Áreas Programáticas (AP²³), conforme pode ser visto na tabela abaixo:

²³ Os serviços de saúde do município do Rio de Janeiro são distribuídos por áreas programáticas (AP), que são divididos por bairros.

Tabela 3: Distribuição das Unidades por Área Programática Municipal				
AP1	AP2	AP3	AP4	AP5
CMS Ernani Agrícola Nº de usuários cadastrados: 54	CMS Heitor Beltrão Nº de usuários cadastrados: 724	CMS Américo Veloso Nº de usuários cadastrados: 182	CMS Jorge Saldanha Bandeira Mello Nº de usuários cadastrados: 324	CMS Belizário Penna Nº de usuários cadastrados: 421
CMS Ernesto Zeferino Tibau Júnior Nº de usuários cadastrados: 268	CMS João Barros Barreto Nº de usuários cadastrados: 1509	CMS Ariadne Lopes de Menezes Nº de usuários cadastrados: 150	Hospital Cardoso Fontes Nº de usuários cadastrados: 367	CMS Lincoln de Freitas Filho Nº de usuários cadastrados: 753
CMS José Messias do Carmo Nº de usuários cadastrados: 47	CMS Manoel José Ferreira Nº de usuários cadastrados: 830	CMS Clementino Fraga Nº de usuários cadastrados: 315	Hospital Raphael de Paula Souza Nº de usuários cadastrados: 854	CMS Waldir Franco Nº de usuários cadastrados: 421
CMS Marcolino Candau Nº de usuários cadastrados: 198	CMS Maria Augusta Estrella Nº de usuários cadastrados: 229	CMS Milton Fontes Magarão Nº de usuários cadastrados: 508		Hospital da Aeronáutica Campo dos Afonsos Nº de usuários cadastrados: 75
PAM Antônio Ribeiro Netto Nº de usuários cadastrados: 1013	CMS Pindaro Carvalho Rodrigues Nº de usuários cadastrados: 517	CMS Necker Pinto Nº de usuários cadastrados: 190		
Ambulatório da Providência Nº de usuários cadastrados: 71	Hospital da Lagoa Nº de usuários cadastrados: 82	Hospital Municipal Carmela Dutra Nº de usuários cadastrados: 133		
Hospital Central da Polícia Militar Nº de usuários cadastrados: 139	Hospital de Ipanema Nº de usuários cadastrados: 45	Hospital Municipal Piedade Nº de usuários cadastrados: 210		
Hospital Central do Exército Nº de usuários cadastrados: 117	Hospital Municipal Jesus Nº de usuários cadastrados: 107	PAM Alberto Borgueth Nº de usuários cadastrados: 660		
Hospital Central do IASERJ Nº de usuários cadastrados: 23	PAM Hélio Peregrino Nº de usuários cadastrados: 229	CSE Germano Sinval Faria Nº de usuários cadastrados: 121		
Projeto Praça XI Nº de usuários cadastrados: 136		Hospital Naval Marcílio Dias Nº de usuários cadastrados: 333		
Hospital da Santa Casa de Misericórdia Nº de usuários cadastrados: 105		Policlínica Piquet Carneiro Nº de usuários cadastrados: 212		
Total de usuários cadastrados por área: 2.534	Total de usuários cadastrados por área: 4.272	Total de usuários cadastrados por área: 3.014	Total de usuários cadastrados por área: 1.545	Total de usuários cadastrados por área: 1.670

Fonte: SILVA JÚNIOR, 2007.

O tratamento às pessoas com infecção pelo HIV é complexo, além do acompanhamento ambulatorial de rotina, há necessidade de seguimento com exames²⁴ de

²⁴ Estes exames são necessários para indicar início de terapia anti-retroviral e para o acompanhamento periódico dos resultados obtidos com o tratamento.

contagem de células CD4+/CD8+ e de quantificação de carga viral (CV). Para isso, o Ministério da Saúde disponibiliza os exames em alguns laboratórios²⁵ da rede do SUS do município do Rio de Janeiro. Esses exames são solicitados pelo médico que acompanha o paciente na rede pública e cada unidade tem sua referência para marcação e agendamento dos exames.

Para a realização o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, o município do Rio de Janeiro conta três Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), a saber:

Quadro 1: Centros de Testagem e Aconselhamento no Município do Rio de Janeiro

AP	Centros de Testagem e Aconselhamento
1.0	Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA)
2.1	Hospital Municipal Rocha Maia (CTA Rocha Maia)
3.3	Unidade Integrada de Saúde Herculano (CTA Madureira)

O CTA é uma unidade de procura voluntária, que oferece além do diagnóstico, o aconselhamento pré e pós-teste. Os indivíduos diagnosticados como soropositivos são encaminhados para unidades de saúde de referência para acompanhamento.

2.4. A PROPOSTA DE MONITORAMENTO/AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE HIV/AIDS

De acordo com o Plano Nacional de Avaliação em AIDS (2005b), a constituição da base de informações epidemiológicas em DST/AIDS tem sua origem com a institucionalização do Programa Nacional e do Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN), no início dos anos 90. Posteriormente, o PN passou a fazer uso de outros Sistemas de Informação já existentes, como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIASUS). A partir desse conjunto de banco de dados, foi possível gerar informações para o

²⁵ Fazem parte dessa rede, os seguintes laboratórios: HUPE, HUGG, HUCFF, IBEx, HESFA, FIOCRUZ, HSE, LACCEN.

monitoramento da epidemia e para a avaliação da qualidade dos serviços de atenção aos usuários com HIV/AIDS.

Entre o período de 1999 a 2002, com a efetivação do Projeto AIDS II, admitiu-se a necessidade de superar o estágio de fragmentação e o caráter pontual atribuído aos processos avaliativos até então existentes, iniciando o debate no sentido de elaborar o Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação (PNM&A).

No entanto, foi somente a partir de 2005, que o Programa Nacional de DST/AIDS estabeleceu o Plano Nacional de Avaliação do Programa Brasileiro de DST e AIDS. Esse Plano, que ainda está em construção, instituiu dentre outras linhas estratégicas de parceria, a realização de projetos com as organizações não governamentais, de modo a implementar o processo de monitoramento, avaliação e regulação dos processos de gestão (MS, 2005b). Suas diretrizes de ação apóiam-se em 5 princípios:

i) participação dos atores envolvidos na implementação das ações, incluindo as populações às quais as atividades são dirigidas, de forma a permitir a contínua apropriação de informações e controle social das políticas públicas;

ii) institucionalização, ou incorporação, de um processo (e de uma cultura) de avaliação pelas instituições que executam as ações de prevenção, assistência e controle das DST/AIDS no País;

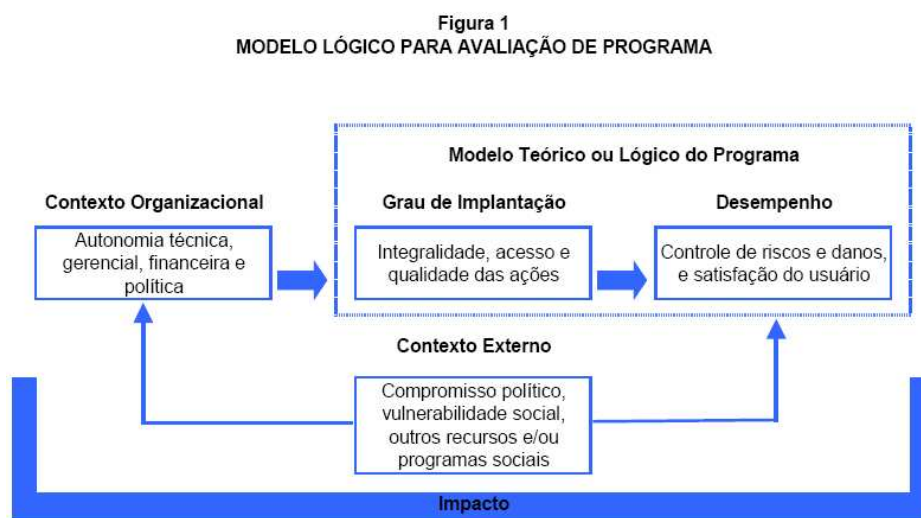
iii) extensão e aprofundamento na abordagem metodológica, de forma a permitir uma avaliação e compreensão maior das manifestações da epidemia, bem como das suas respostas às políticas de ação implementadas;

iv) definição de estratégias para o enfrentamento dos problemas, a partir de um processo de avaliação que substancie a tomada de decisão pelos gestores de programas e projetos; e finalmente,

v) descentralização e promoção de um modelo de avaliação multicêntrico, adequado ao contexto e infra-estrutura dos órgãos gestores regionais/locais e, ao mesmo tempo, capaz de unificar os seus resultados e conclusões em nível nacional.

Os princípios do PNM&A²⁶ são incorporados em três grandes dimensões a serem consideradas nos processos avaliativos: (1) contexto externo; (2) contexto organizacional e (3) conjunto de ações técnicas do programa. Como **contexto externo**, entendem-se os determinantes dos agravos em suas dimensões de vulnerabilidade social e individual e a dimensão sistêmica do programa na sua relação com outras intervenções ou recursos intersetoriais. No **contexto organizacional** estão a política de saúde e as estratégias que influenciam concretamente o grau e implantação do programa. O **componente técnico** do programa privilegia a tomada de decisão, no ambiente do SUS e na perspectiva da vigilância à saúde. Essas três dimensões configuram o Modelo Lógico para Avaliação do Programa, conforme pode ser visto na figura abaixo.

Figura 2: Modelo Lógico para Avaliação de Programa



Fonte: Adaptado de HARTZ (1997).

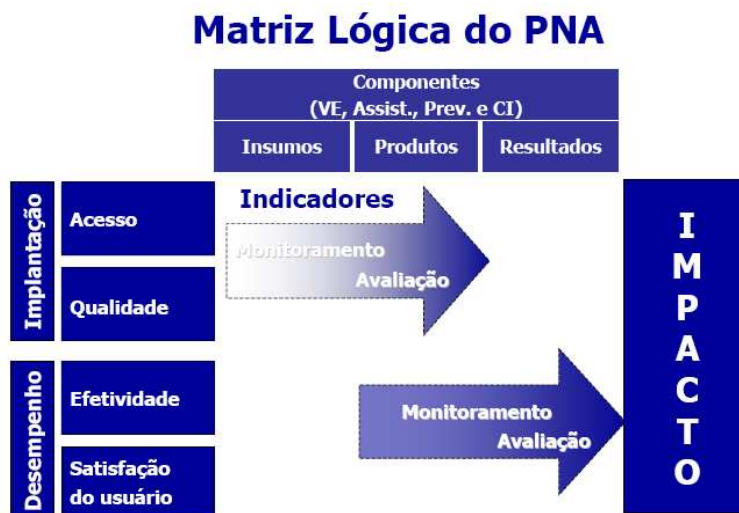
Fonte: BRASIL, Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação, 2005.

Além dessas três dimensões, o Modelo Lógico do PNM&A contempla três componentes que devem permanentemente ser monitorados, a saber: *desempenho*, *implementação* e *impacto*. O componente de **desempenho** está relacionado à garantia de acesso da população às ações do programa, a efetividade e satisfação dos usuários. Nesse

²⁶ A formulação e implementação do PNM&A para o Programa Nacional de DST e AIDS é um processo em construção. Esse processo vem ao encontro dos grandes objetivos que estruturam o Projeto AIDS III e ao esforço contínuo dos grupos e profissionais que têm se empenhado na institucionalização da avaliação do e no programa brasileiro (MS, 2005b). Em virtude dos limites desse trabalho, este Plano será abordado em linhas gerais. Mais informações consultar: www.aids.gov.br/m&a.

sentido, as avaliações de desempenho estão focadas nos resultados do programa. O componente de **implementação** verifica a garantia de acesso da população às ações do programa. Por esse critério pretende-se verificar se as ações do programa estão ocorrendo no local e tempo oportuno, com a cobertura necessária e com a qualidade adequada para a população. Como componente de **impacto** entende-se a dimensão que monitora e avalia o efeito do programa na população geral, considerando o acompanhamento dos indicadores epidemiológicos. Assim, a avaliação de impacto atribui ao programa o controle dos riscos e danos na população (efeito) e, portanto deve considerar todas as intervenções que poderão influenciá-lo (BRASIL, 2005b). Na figura abaixo é possível visualizar essa Matriz Lógica.

Figura 3: Matriz Lógica do PNA



Fonte: Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação, 2005.

Para a implementação do PNM&A o Programa Nacional de DST/AIDS investe nas seguintes estratégias:

a) implantação de um sistema de monitoramento de resultados e de impacto, através do MonitorAids;²⁷

²⁷ O MONITORAIDS (Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST/AIDS) é o componente estrutural mais importante do PNM&A, conforme consta neste documento. Fornece informações para acompanhar e melhorar a resposta brasileira ao HIV/AIDS e outras DST. Ele agrega informações não só dos componentes técnicos do programa, mas também da dimensão de integralidade e equidade coerente aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como um dos objetivos padronizar as informações, superando um problema histórico de desencontro dos números e interpretação dos dados disponibilizados nos diversos

b) implantação de uma estratégia de capacitação de recursos humanos em M&A, através de Curso de Especialização e Mestrado profissionalizante em M&A; Curso de M&A à distância e Oficina em M&A com foco na melhoria do programa.

c) criação das redes de avaliadores do programa, constituída por técnicos das principais áreas do PN DST/AIDS, que são os responsáveis pelas atividades de M&A de suas respectivas áreas.

d) implantação dos centros de excelência em M&A, como parte da estratégia de descentralização e institucionalização das ações de avaliação do PN DST/AIDS nos diversos níveis de gestão de programas de DST/AIDS.

e) definição dos estudos especiais em monitoramento e avaliação.

Segundo a Assessoria de Monitoramento e Avaliação, bem como a Coordenação do PN, desde 2004 o PN-DST/AIDS adotou as seguintes estratégias²⁸ de M&A:

i) Criação de um setor para coordenar as atividades de M&A no PN que realizou as seguintes ações: Coordenação da implementação de um Plano de M&A para o PN, Apoio na elaboração de Planos de M&A estaduais, Acompanhamento de rotina das atividades prioritárias, Participação na definição de atividades a serem avaliadas, Divulgação das informações, Promoção e apoio às ações de descentralização e institucionalização do M&A.

ii) Identificação de parceiros para a operacionalização do M&A para formação dos Centros de Excelência em M&A: Coordenações Estaduais de DST Aids de PE e SP e Coordenações Municipais de Manaus, Curitiba e Campo Grande.

iii) Capacitação de recursos humanos em diferentes níveis: Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa; Curso à distância em M&A; Cursos de Especialização em M&A, com 61 especialistas desde 2004; Mestrado Profissionalizante em M&A, coordenado pela ENSP/FIOCRUZ, 23 mestres desde 2004.

meios de divulgação do PN. Possui um conjunto de 94 indicadores de relevância para monitorar a epidemia do HIV/AIDS e outras DST (MS, 2005b). Mais informações ver: www.aids.gov.br/monitoraids/

²⁸ Essas informações foram obtidas a partir de dois eventos realizados na ENSP/FIOCRUZ, sobre Institucionalização do Monitoramento e Avaliação no PN-DST/AIDS. Uma palestra realizada no dia 16/04/2008 pela Coordenadora do PN, Mariângela Batista Galvão Simões, e outra, no dia 11/07/2008, pela representante da Assessoria de M&A do PN, Ana Roberta Pati Pascom. Ambas as palestras estão disponíveis no site: www.ensp.fiocruz.br/biblioteca.

iv) Melhoria dos sistemas de monitoramento: Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST/AIDS (MONITORAIDS); Qualiaids (programa de auto-avaliação da qualidade dos serviços); Monitoramento da Política de Incentivos (para acompanhar os repasses financeiros para estados e municípios); Sistema de Monitoramento das Violações de Direitos Humanos em HIV/AIDS; Sistema de Monitoramento das Ações desenvolvidas pela Sociedade Civil; Sistema de Monitoramento do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas.

v) Desenvolvimento de estudos em M&A: - Pesquisas de Comportamento Atitudes e Práticas, realizada em 2004, em parceria com a FIOCRUZ e apoio financeiro do Centers for Disease Control (CDC). - Estudos com parturientes, realização bianual desde 2000, em parceria com a FIOCRUZ e apoio técnico e financeiro do CDC, via UNICEF. - Estudos de linhas de base com Homens que fazem sexo com Homens (HSH), Profissionais do Sexo e Usuário de Drogas, em andamento, em parceria com a FIOCRUZ e apoio técnico do CDC. - Estudo de linha de base para alimentação do Sistema de Monitoramento do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, em fase de elaboração de protocolo, desenvolvido em parceria com a FIOCRUZ e apoio técnico e financeiro do CDC. - Estudos com pacientes em terapia anti-retroviral (TARV), em parceria com a FIOCRUZ e apoio técnico e financeiro do USAIDS/CDC.

vi) Realização de avaliações prioritárias: Avaliações de campanhas da grande mídia; Teste rápido; Avaliação da transmissão vertical do HIV e da sífilis; Avaliação da dispensação dos anti-retrovirais.

vii) Implantação da Rede de M&A: Comunidade virtual localizada entre as Comunidades Virtuais da ENSP com 164 participantes inscritos; 5 fóruns de debate, diversos materiais de leitura, links, agenda de eventos, ferramentas para integração dos alunos do curso de especialização e revistas especializadas em Avaliação.

A partir do exposto é possível identificar que até 2003, o monitoramento e avaliação em HIV/AIDS eram incipientes, poucas avaliações foram realizadas e existia uma pulverização e fragmentação dos estudos avaliativos e do monitoramento. Em função disso, foi formulado o PNM&A com objetivo principal contribuir com a implementação do monitoramento e avaliação em HIV/AIDS, servindo como ferramenta de gestão para subsidiar a tomada de decisão e para a melhoria dos programas estaduais e municipais.

2.5. ESTUDOS EXISTENTES DE AVALIAÇÃO DO PN-DST/AIDS

Desde a implantação do Programa Nacional de DST/AIDS foram realizados diversos estudos relacionados aos conhecimentos, atitudes, práticas e comportamentos das pessoas com HIV/AIDS. Estes trabalhos produziram linhas de base para geração de indicadores comportamentais e de serviços de testagem e aconselhamento. Dentre estes estudos, o PNM&A (BRASIL, 2005b) destaca os seguintes:

i) estudo de base populacional dirigido à população de trabalhadores do setor industrial. Esses estudos permitiram dimensionar variáveis associadas ao uso do preservativo, à percepção de risco e à sexualidade.

ii) estudo de opinião com trabalhadores urbanos, onde se buscou avaliar as campanhas nacionais, conhecimentos e atitudes e percepção de risco. Esses estudos constituem linha de base para as ações de prevenção de HIV/AIDS no local de trabalho.

iii) estudo em relação às profissionais do sexo e aos garimpeiros. Essas investigações enfocaram as representações sociais, a mobilização social, a percepção de risco e o uso do preservativo.

iv) estudo com usuários de drogas injetáveis (UDI) participantes de programas de redução de danos. Esse estudo adotou o método de captura e recaptura e permitiu, além de obter informações comportamentais e dimensionar a prevalência do HIV entre UDI, estabelecer uma linha de base para a população de UDI.

v) estudo de avaliação qualitativa das ações relacionadas à testagem, ao aconselhamento e à qualidade dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Essa investigação orientou o processo de reestruturação dos CTA e promoveu modificações na abordagem dos grupos mais vulneráveis.

No período de 1999 a 2002, com a execução do Projeto AIDS II, o MS adotou estudos nas seguintes linhas de ação: i) pesquisa domiciliar sobre comportamento sexual da população brasileira entre 16 a 65 anos; ii) avaliação da intervenção do PN DST/AIDS em populações com maior vulnerabilidade, como, profissionais do sexo, UDI e adolescentes; iii) formulação de um conjunto de indicadores para o M&A da efetividade das ações desenvolvidas no âmbito

do acordo de empréstimo AIDS II; iv) produção de tecnologias de informação para subsidiar o M&A de ações de assistência e tratamento a pessoas vivendo com HIV/AIDS, como o SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais) e o SIAIDS (Sistema de Informações Gerenciais do Projeto AIDS II); v) implantação do programa de avaliação de qualidade externa de exames laboratoriais, com objetivo de acompanhar o desempenho dos laboratórios de saúde pública com relação à testagem para HIV e à carga viral (BRASIL, 2005b).

Com a implementação do PNM&A foram propostos alguns estudos avaliativos, dentre eles: Avaliação da Implantação do Projeto de Distribuição de Preservativos em Escolas; Avaliação de qualidade do SINAN; Avaliação da Implementação das Ações de Controle da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis em Maternidades; Avaliação das Campanhas de Carnaval; Avaliação do Fique Sabendo; Avaliação da Dispensação de Antiretrovirais; Avaliação da Implementação do Plano de Ações e Metas do Incentivo Fundo a Fundo; e Avaliação Econômica da Implementação dos Testes Rápidos.

Já os estudos de análise de situação e monitoramento periodicamente realizados destacam-se: Pesquisa em Conhecimentos, Atitudes e Práticas Relacionados ao HIV/AIDS; Inquérito populacional, dirigido a coletar informações sobre o conhecimento relacionado à transmissão do HIV, sobre as práticas sexuais, bem como sobre uso de drogas lícitas e ilícitas da população brasileira de 15 a 54 anos de idade.

A preocupação com o acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no que tange ao HIV/AIDS sempre esteve presente no PN. Ao longo do tempo teve várias faces, e nos últimos anos avanços importantes, constituindo-se atualmente prioridade do PN. Esse fato faz com que o PN ocupe um lugar de destaque dos demais programas do MS, por ter conseguido concretamente institucionalizar o M&A e produzir avanços significativos no campo da avaliação.

Além desses estudos avaliativos e de monitoramento contemplados no Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação (2005b), a partir de levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual de Saúde²⁹, foram identificados os seguintes estudos que tratam especificamente da

²⁹ Esse levantamento foi realizado em junho de 2008.

avaliação da qualidade da assistência às pessoas com HIV/AIDS: Nemes *et al.* (2004); Oliveira *et al.* (2002); Gomes *et al.*, (1999); Acúrcio & Guimarães (1996).

No estudo realizado durante o período de 2001 e 2002, Nemes *et al.*³⁰ (2004) avaliaram a qualidade do cuidado em 322 serviços ambulatoriais, que realizam assistência a pacientes de AIDS, em sete Estados brasileiros³¹. O foco da avaliação estava na disponibilidade de recursos e nas características da organização da assistência, apoiado nos indicadores de estrutura (disponibilidade de recursos) e de processo (organização e gerenciamento da assistência). Como parâmetros para avaliar a disponibilidade de recursos utilizaram o acesso aos serviços, profissionais envolvidos, apoio para diagnóstico e tratamento e medicamentos. Para caracterizar a organização da assistência foram avaliadas as rotinas da recepção de pacientes novos, pacientes em seguimento, atendimento às mulheres, e aquelas dirigidas à pacientes sob maior risco de não adesão/abandono (pacientes em início do tratamento, com dificuldades em aderir ao tratamento, faltosos e não agendados). No que tange o gerenciamento da assistência foi avaliado o perfil do gerente, as rotinas de planejamento e avaliação e de integração do trabalho multiprofissional. Como resultados gerais os autores concluíram que o Programa Brasileiro de DST/AIDS conta com uma rede de serviços ambulatoriais com características institucionais e de infra-estrutura heterogêneas. E apesar da heterogeneidade, a grande maioria dos serviços conta com uma quantidade mínima dos recursos básicos para manter alguma oferta de assistência: médicos, auxiliares, medicamentos antiretrovirais e exames essenciais em unidades com bom acesso físico. Apesar da maioria dos serviços considerar o acesso físico adequado, grande parte não funciona em período integral, o que podendo constranger o usuário ao obrigá-lo a justificar saídas mensais do trabalho em horário comercial. Identificaram que a disponibilidade de medicamentos ARV é alta e homogênea. Já a provisão de outros medicamentos, bem como dos demais recursos que dependem do sistema de saúde é diluída no conjunto das necessidades de saúde locais e atendida segundo estruturas e compromissos heterogêneos. Em relação à organização e ao gerenciamento da assistência os autores concluíram que os formuladores de políticas desempenham papel extremamente importante. Entretanto, é na operacionalização das ações nos serviços que as políticas transformam diretrizes em trabalho, em cujo processo se define a

³⁰ Este estudo representa o desdobramento de projetos voltados para a avaliação das ações em AIDS no Brasil, focados na adesão ao tratamento e na qualidade do cuidado aos doentes. Esses projetos foram conduzidos pela Equipe Qualiaids, formada por docentes e pesquisadores de quatro universidades brasileiras, com o apoio financeiro do Ministério da Saúde e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

³¹ Os Estados pesquisados foram: Ceará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo.

qualidade da assistência prestada. A efetivação positiva desse processo depende do compromisso dos gestores locais. Como considerações, os pesquisadores identificaram que é na operacionalização das ações nos serviços que as políticas transformam diretrizes em trabalho, cujos processos se definem a qualidade da assistência prestada. Por isso, destacam a exigência de que todo serviço de saúde deve sofrer avaliações sistemáticas para garantir o aprimoramento e manutenção da qualidade.

O trabalho de Gomes *et al.*, (1999) aborda a percepção dos portadores de HIV/AIDS de cinco serviços especializados do Estado do Rio de Janeiro, acerca da assistência que lhes é prestada. Neste estudo, foram analisados os dados dos seguintes instrumentos: i) questionário preenchido por usuários com mais de uma consulta, constituído de cinco blocos temáticos (caracterização dos usuários; acesso aos serviços; acolhida dos profissionais; utilização dos serviços e a avaliação da qualidade de assistência); ii) entrevista semi-estruturada realizada com 19 usuários (abordando as seguintes temáticas: motivações para a procura dos serviços; avaliação da assistência prestada; principais dificuldades para adesão às atividades e orientações dos serviços; expectativas e sugestões para a melhoria do serviço). Como conclusão, os pesquisadores verificaram uma percepção positiva dos usuários sobre a qualidade do atendimento prestado, no entanto, constataram também, uma baixa expectativa dos entrevistados quanto aos serviços de saúde pública (GOMES *et al.*, 1999).

Acúrcio; Guimarães (1996) realizaram uma revisão bibliográfica de estudos que enfocam o tema da acessibilidade a ações e serviços de saúde. Estruturaram o estudo em quatro tópicos: 1) aspectos epidemiológicos da AIDS; 2) avaliação de qualidade dos serviços de saúde; 3) acessibilidade às ações e serviços de saúde e 4) estudos de acessibilidade em pacientes infectados pelo HIV. E constataram a necessidade de compreender as implicações das diversas barreiras de acesso aos serviços, considerando-se os custos sociais e humanos da infecção pelo HIV, as necessidades e demandas dos indivíduos infectados e as conseqüências que o não-atendimento em tempo hábil pode ter para estes indivíduos.

Oliveira *et al.* (2002) avaliaram a assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. Demonstraram que o sucesso do programa de distribuição de medicamentos é um dos fatores que contribuem para efeitos como redução das taxas de internação, da mortalidade específica e da incidência de infecções oportunistas. Apesar de se tratar de um estudo específico sobre assistência farmacêutica, seu conteúdo ilustra pontos que interferem na qualidade da assistência de um modo geral. Como por

exemplo, a pouca ou nenhuma orientação ao paciente no momento da dispensação do medicamento, justificada pelos profissionais de saúde como um “cuidado” em não identificar o usuário como uma pessoa infectada pelo HIV no momento que pega a medicação. Sabe-se, que a assistência farmacêutica voltada para o tratamento das pessoas com HIV/AIDS no Brasil, adquiriu notoriedade internacional pelo enfrentamento do governo brasileiro com a indústria farmacêutica e conquista da oferta universal de medicamentos anti-retrovirais (ARV). Este fato, que sem dúvida é de suma importância, no entanto, não deve ser considerado como único responsável por garantir qualidade na assistência. Apesar disso, sugerem algumas medidas de intervenção, no sentido de aumentar a efetividade e eficiência do programa.

Apesar do papel central atribuído ao processo avaliativo nos últimos anos, tanto pelo Ministério da Saúde, como também, pelo Programa Nacional de DST/AIDS, através do Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação, a sua institucionalização nas políticas e programas públicos da esfera estatal no Brasil, ainda é incipiente, sobretudo de forma sistemática e organizada. Mesmo as iniciativas existentes, ainda encontram-se distantes da sua capacidade de integrar os processos de tomada de decisão, de planejamento e de fomentar o e direcionamento de intervenções em desenvolvimento (BRASIL, 2005). Outra questão apontada pela Coordenadora do PN é o fato que os processos avaliativos precisam sair dos espaços da academia e chegar até os serviços de saúde. E esse tem sido um esforço do PN-DST/AIDS nos últimos anos.

Sem dúvida os estudos realizados contribuíram de maneira importante para o avanço das avaliações na área da saúde. Porém, revisando os trabalhos que se propõe realizar avaliação nessa área, exceto de Nemes *et al.* (2004), não possuem a integralidade como dimensão central de análise, preocupação esta, proposta neste estudo.

CAPÍTULO III - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Nos últimos anos, a avaliação em saúde tem assumido um lugar de destaque no âmbito do Sistema Único de Saúde, o que pode ser verificado na existência de múltiplas iniciativas.

Visitando os estudos no campo da avaliação de programas sociais, constata-se a existência de distintas definições sobre o termo, e a constituição de abordagens e tipos diferenciados. Ou seja, não existe uma única definição ou um único modelo de avaliação. As escolhas dos métodos decorrem mais do objetivo da política ou do programa a ser avaliado do que da preferência intelectual do avaliador (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986).

Apesar das diversas definições encontradas na literatura, os autores sinalizam, de maneira geral, que a principal finalidade da avaliação consiste em obter informações sobre determinado contexto, a fim de dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, subsidiando a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos.

Entre as diversas concepções teóricas, há aquelas referentes à avaliação de programas sociais na área da saúde. Aqui, destaca-se o conceito defendido por Contandriopoulos *et al* (1992), que é, sem sombra de dúvidas, bastante utilizado nas literaturas pesquisadas (Hartz, 1997; 2004; Vieira da Silva, 2005; Silva Júnior *et al.*, 2004; 2006; Mascarenhas, 2004; Camargo Júnior *et al.*, 2006). Para Contandriopoulos *et al.* (1997) **avaliação** consiste em:

Fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (1997, p. 31).

A **avaliação normativa** “faz um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997, p.34). Já a **pesquisa avaliativa**, de acordo com esse mesmo autor:

É um procedimento que consiste em fazer julgamento ex-post da intervenção, analisando a pertinência, os fundamentos teóricos, a produção, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações entre a intervenção e o contexto, ajudando na tomada de decisões (1997, p.37).

A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análise: estratégica, de intervenção, de produtividade, dos efeitos, de rendimento e da implantação, podendo se realizar uma ou várias dessas análises.

Alguns estudiosos, dentre eles, Ayres (2002), incorporam a subjetividade presente nas práticas em saúde na avaliação de programas e serviços. Nesse sentido, além da avaliação normativa, que se limita à quantificação e privilegia elementos formais de uma intervenção, esse autor incorpora a *avaliação formativa*. Esse tipo de avaliação está voltado à dimensão subjetiva da qualidade, e se propõe a desvendar os sentidos dos fenômenos, respeitando sua complexidade, riqueza e profundidade, e considerando as expectativas e o universo simbólico dos atores envolvidos, em especial, os usuários a que se destinam as ações.

Transpondo para a avaliação que se pretendeu realizar, as contribuições destes autores foram destacadas propositalmente em função de suas coerências com os objetivos definidos neste estudo, que consistiu em avaliar a qualidade da assistência à saúde das pessoas com HIV/AIDS, tendo a integralidade como elemento analisador.

Assim, a avaliação aqui proposta considerou o modelo de **pesquisa avaliativa**, indicada por Contandriopoulos *et al.* (1997), acrescida da contribuição de Ayres (2002), no que tange a **avaliação formativa**. Ao utilizar estas duas abordagens, não se quis defender o domínio de uma sobre outra, mas sua complementação, de forma contribuir para uma concepção ampliada de avaliação, tendo em vista a complexidade do campo que se pretendeu avaliar.

Apóia-se em Silva Júnior (2006); Hartz (2004); Mascarenhas (2002); Pinheiro (2006) quando identificam a necessidade de complementar o processo de avaliação em saúde com abordagens qualitativas, a partir da contribuição das práticas de integralidade na atenção a saúde. Essa necessidade se justifica devido aos movimentos de mudanças na qualidade da atenção à saúde, a partir do modelo assistencial em consolidação com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que estimula uma compreensão ampliada de saúde e prioriza a construção de práticas de cuidado tendo como pilares a integralidade, a descentralização e a participação social.

Esse novo modelo de assistência à saúde exerce influência para a construção teórico-metodológica de processos avaliativos que lhe dêem sustentação e, desse modo, a

incorporação da integralidade indica a possibilidade de agregar certos atributos esperados na política de saúde, que estimula uma compreensão ampliada de saúde e prioriza a construção de práticas de cuidado tendo como base a integralidade.

Reconhecendo as diferentes características e conceitos que a integralidade pode assumir, nesta pesquisa, optou-se pelos estudos de integralidade desenvolvidos por Pinheiro (2001; 2005; 2006). Em meio às três dimensões usualmente trabalhadas pela autora, a saber – práticas de gestão e organização dos serviços; conhecimentos e práticas dos trabalhadores e participação social – neste estudo privilegiou-se a dimensão dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores da saúde.

A escolha dessa dimensão significa que a ênfase do estudo recaiu no eixo do cuidado integral, considerando alguns atributos, conforme propõe Silva Júnior *et al.* (2006); Mascarenhas (2003), dentre eles, acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção. Tal perspectiva buscou contribuir na construção de formas de operacionalizar a integralidade na avaliação de serviços de saúde, objeto do presente estudo.

Esses conceitos são incorporados nos estudos avaliativos desenvolvidos por estes autores e também por Camargo Junior (2006) e são definidos como:

- ◆ **Acolhimento** inclui as noções de acesso, referência, capacidade de escuta e percepção das demandas e seus contextos biopsicossociais, a discriminação de riscos e a coordenação de um trabalho em equipes multiprofissionais, numa perspectiva interdisciplinar, e um dispositivo de gestão para ordenamento dos serviços oferecidos.
- ◆ **Vínculo-responsabilização** engloba a noção longitudinalidade (relação pessoal que estabelece, em longo prazo, entre profissionais e usuários na busca de atendimento), a instituição de referências terapêutica e a responsabilidade do profissional ou da equipe em articular ações e encaminhamentos aos outros recursos disponíveis para resolução dos problemas de saúde da população.
- ◆ **Qualidade da atenção** pressupõe a referência de um modelo que leva em conta um conjunto articulado de ações, com efetividade comprovada em determinadas situações de saúde e doença, desenvolvida dentro de uma relação humanizada entre a equipe e usuários, sendo percebida de forma satisfatória pelos usuários em termos de suas expectativas.

Quadro: 2 - Matriz orientadora para avaliação da assistência

Dimensão	Subdimensões	Atributos	Indicadores/variáveis
Conhecimentos e práticas dos trabalhadores	Cuidado integral	Acolhimento	i) Acesso dos usuários ao serviço e ao cuidado ii) Práticas dos profissionais relacionadas ao acolhimento dos usuários iii) Práticas dos profissionais nas respostas às necessidades de saúde dos usuários
		Vínculo-responsabilização	Práticas dos profissionais capazes de contribuir com a continuidade do acesso dos usuários aos recursos necessários para a garantia à saúde
		Qualidade da assistência	Percepção dos usuários e profissionais acerca da assistência
	Organização da assistência	Processos de Trabalho e Trabalho em equipe	i) Ações e atividades desenvolvidas ii) Mecanismos de articulações e integração da equipe de saúde
		Condições de trabalho	i) Disponibilidade de recursos humanos e materiais ii) Percepção dos profissionais e usuários sobre as condições de trabalho

3.1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1.1. Campo de investigação

A pesquisa foi desenvolvida no município do Rio de Janeiro, num serviço de saúde municipal que realiza atendimento às pessoas com HIV/AIDS.

Antes da realização da pesquisa de campo, a estratégia inicial foi procurar a Gerência do Programa Municipal de DST/AIDS, a fim de dar ciência sobre a pesquisa, explicitar seus objetivos, pedir autorização para sua realização e obter informações que contribuíssem para a seleção do serviço de saúde.

Após análise da proposta de pesquisa, a Gerência do Programa Municipal de DST e AIDS autorizou a realização da mesma, e forneceu as informações que correspondiam aos critérios de seleção da unidade de saúde, quais sejam:

- Tempo de implantação da unidade de saúde;
- Composição de equipe multiprofissional;
- Número de inscritos no programa local;
- Ser considerada pelo Programa Municipal de DST/AIDS uma experiência bem sucedida na atenção às pessoas com HIV/ AIDS.

A partir dos dados obtidos com a Gerente do Programa, o serviço de saúde que atendeu aos critérios estabelecidos nesta pesquisa foi o PAM Antônio Ribeiro Neto, pertencente à área programática 1 (AP 01). Este serviço possui as seguintes características:

- ✓ Iniciou a assistência à saúde das pessoas com HIV/AIDS em 1985.
- ✓ A equipe de saúde é composta por: seis médicos, dentre eles, infectologistas, clínicos e psiquiatra, uma assistente social, duas auxiliares e uma técnica de enfermagem, uma auxiliar administrativo, além de uma pedagoga e duas nutricionistas que atuam como voluntárias.
- ✓ Existem matriculados no serviço quase 12 mil usuários, mas que estão em acompanhamento de saúde são cerca de 1400 usuários.
- ✓ Já foi premiado pelo Ministério da Saúde e por Laboratórios de Remédios, pelo trabalho bem sucedido desenvolvido na área de adesão ao tratamento.

Cabe destacar que esta pesquisa ingressou como parte da pesquisa intitulada “*Avaliação da qualidade da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro*”, previamente submetida e aprovada em 2007, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP-SMS-RJ), sob responsabilidade do professor Alúcio Gomes da Silva Júnior.

3.1.2. Sujeitos do Estudo

A preocupação na delimitação dos sujeitos da pesquisa consistiu em abranger os diversos atores sociais envolvidos na atenção à saúde da população, considerando a complexidade desse campo e ainda, valorizando as percepções destes sujeitos no cuidado.

Por isso, foram selecionados para a pesquisa de campo: o gestor local – coordenador do programa de AIDS na unidade sanitária; os profissionais que compõem a equipe de saúde e os usuários. Na escolha dos profissionais considerou-se um profissional de cada especialidade, sendo eles, assistente social, auxiliar de enfermagem, médico e nutricionista, totalizando quatro profissionais. Foram selecionados oito usuários, a partir dos seguintes critérios: i) Tempo de inserção no serviço de saúde - estarem inseridos no serviço há pelo menos 2 anos, de forma a considerar a trajetória de vinculação desses usuários ao serviço; ii) Condição de saúde – de modo a abranger um usuário portador do vírus e um portador de AIDS; iii) Atendimento clínico – serem atendidos por médicos diferentes - de maneira a abranger todos os profissionais.

Vale destacar que ocorreu mudança na gestão da Clínica em janeiro de 2008, face ao processo de aposentadoria do coordenador, contudo, para fins deste estudo, foi considerado o depoimento do ex-coordenador, em virtude de sua experiência de 10 anos na coordenação da Clínica.

Nos quadros abaixo é possível ver a caracterização dos usuários e profissionais selecionados.

Quadro 3: Caracterização dos participantes no estudo - usuários

Identificação	Idade	Sexo	Tempo de inserção no Serviço	Situação de Saúde
Usuário 01	43	M	05 anos	Portador de AIDS
Usuário 02	50	M	07 anos	Portador do vírus HIV
Usuário 03	35	M	07 anos	Portador de AIDS
Usuário 04	40	F	04 anos	Portador do vírus HIV
Usuário 05	33	M	02 anos	Portador do vírus HIV
Usuário 06	54	F	12 anos	Portador de AIDS
Usuário 07	61	M	06 anos	Portador de AIDS
Usuário 08	28	F	05 anos	Portador do vírus HIV

Quadro 4: Caracterização dos participantes no estudo - profissionais

Identificação	Sexo	Tempo de experiência profissional	Tempo de inserção no serviço	Vínculo de trabalho	Carga horária	Outros vínculos de trabalho
Assistente Social	F	21 anos	10 anos	Estatutária	30h/s	Não
Médico	F	15 anos	12 anos	Estatutária	20h/s	Sim
Auxiliar de enfermagem	F	20 anos	6 anos	Estatutária	40h/s	Não
Nutricionista	F	36 anos	10 anos	Voluntária	04h/s	Sim
Gestor Local (médico psiquiatra)	M	35 anos	13 anos	Estatutário	40h/s	Não

3.1.3. Procedimentos de coleta dos dados

- *Pesquisa bibliográfica* que permitiu aprofundar a discussão sobre: integralidade, a partir dos marcos teóricos, conceitos e características; respostas brasileiras no enfrentamento ao HIV/AIDS.
- *Contato com a Gerência do Programa Municipal* que permitiu subsidiar a escolha da unidade onde foi realizada a pesquisa de campo.
- *Entrevistas semi-estruturadas*³² com atores-chave, que possibilitou: a) caracterizar processos de trabalho dos profissionais e a organização da assistência da unidade de saúde, a partir das percepções do gestor local, profissionais e usuários; b) avaliar a dinâmica dos processos de trabalho, do ponto de vista do acolhimento, vínculo e qualidade da assistência, e o percurso terapêutico do usuário no serviço de saúde, por meio do fluxograma analisador³³ (MERHY, 1997; FRANCO, 2003; SILVA JÚNIOR *et al*, 2003; CAMARGO JÚNIOR *et al*, 2006).
- *Observação de campo* no serviço de saúde possibilitando o registro da rotina institucional, bem como, as relações entre gestor local, profissionais de saúde e usuários no cotidiano institucional. As atividades observadas foram registradas em

³² Para a realização das entrevistas foram construídos roteiros diferenciados para o gestor local, profissionais e usuários, a partir dos objetivos da pesquisa, que se encontram em anexo (anexos 1, 2 e 3).

³³ Segundo Camargo Júnior. *et al.* (2006) o fluxograma é uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho, é uma forma de olhar a organização das práticas assistenciais em saúde, no cotidiano do trabalho da equipe. Esses autores propõem para a construção do fluxograma traçar o percurso do usuário na busca terapêutica, ou seja, os lugares que o usuário percorreu e as ações realizadas pelos trabalhadores de saúde.

um caderno, desde a recepção dos usuários, a sala de espera, encontros entre usuários e profissionais de saúde, estrutura física da unidade, e organização do serviço até as práticas de relação que se estabeleceram durante o desenvolvimento das atividades.

3.1.4. Trabalho de campo

Após contato com a Gerência do Programa Municipal para definição da unidade de saúde a ser avaliada, esta indicou a assistente social como referência para estabelecer o primeiro contato no serviço. Com base nessa indicação foi estabelecido contato telefônico com a profissional, que prontamente agendou um horário para conhecer a proposta da pesquisa. Nesse primeiro encontro foi apresentada a proposta da pesquisa e solicitado autorização para sua realização. A assistente social logo de início ficou bastante entusiasmada com o estudo, e comprometeu-se em apresentá-lo à equipe de saúde e à coordenação na reunião de equipe. Após apreciação da coordenação, bem como dos demais profissionais da unidade de saúde, foi autorizada a realização da pesquisa.

O agendamento de entrevistas com os profissionais, embora em alguns casos tenha sido mais demorado em virtude de algumas situações, como férias, seminários, congressos, pode-se dizer, que de maneira geral, a receptividade dos entrevistados foi muito boa e não houve dificuldades para a realização da pesquisa.

Com os usuários foi realizada abordagem na sala de espera, no momento que aguardavam o atendimento. A estratégia utilizada nesse contato inicial foi apresentar a proposta da pesquisa, colocando os critérios de seleção dos sujeitos do estudo, e convidar aqueles que enquadravam nos critérios para participar da entrevista. De maneira geral houve boa aceitação, nenhum usuário se recusou a participar do estudo.

A pesquisa de campo foi realizada nos meses de maio a julho de 2008. Todas as entrevistas foram gravadas, com o consentimento dos entrevistados (anexo 4), e realizadas numa sala de atendimento da unidade de saúde, disponibilizada pelos profissionais.

A equipe de saúde disponibilizou os prontuários dos usuários, bem como a documentação da Clínica, como projeto de intervenção, formulários, material das atividades de grupo.

O trabalho de campo foi realizado sem nenhuma dificuldade, todos os profissionais contribuíram de forma a viabilizar a pesquisa, especialmente a assistente social que abriu as portas com os profissionais e usuários.

Uma situação importante observada no trabalho de campo foi o processo de mudanças que a Clínica está enfrentando, especialmente a partir de 2007, com o afastamento de alguns profissionais em virtude de aposentadoria, inclusive do coordenador que permaneceu no cargo durante 10 anos. Trata-se de mudanças que estão tendo repercussões importantes na organização do serviço e conseqüentemente na assistência à saúde da população, conforme será visto no próximo capítulo.

3.1.5. Análise dos dados

Essa fase constituiu das seguintes etapas, conforme contribuição de Minayo (1992):

1. **Ordenação dos dados:** consistiu no primeiro contato com o material empírico, envolvendo a transcrição das entrevistas, seguida de leitura geral do material transcrito, organizando os diferentes dados contemplados nas entrevistas e observação.

2. **Classificação dos dados:** momento de uma relação entre os dados empíricos, objetivos e pressuposto teórico da pesquisa. Este momento foi composto de três etapas:

A) **Leitura atenta** do material coletado nas entrevistas e na observação participante, com o intuito de estabelecer, a partir dos conhecimentos e práticas dos profissionais, núcleos de sentido com as seguintes categorias de análise: cuidado integral - acolhimento, vínculo- responsabilização e qualidade da atenção; organização do trabalho – práticas e condições de trabalho e trabalho em equipe.

B) **Construção de Matrizes de análises**, com as falas dos usuários e profissionais, buscando agregar os discursos por atores sobre as mesmas temáticas. Essa estratégia permitiu compreender melhor as falas dos entrevistados; identificar as falas que

corroborassem, complementassem ou discordassem das questões relevantes para a pesquisa.

C) **Análise final dos dados.** A partir das falas das entrevistas e da observação, bem como da contribuição de alguns autores significantes, foi possível agrupar as seguintes categorias e subcategorias vislumbradas neste estudo, a saber:

Categoria 1: Cuidado Integral – Subcategorias: Acolhimento e Vínculo-responsabilização e qualidade da assistência.

Categoria 2: Organização da Assistência – Subcategorias: Processos de Trabalho e Trabalho em equipe, e Condições de trabalho.

Além dessa análise qualitativa, elaborou-se um fluxograma para traçar o percurso dos usuários na busca terapêutica, ou seja, a trajetória dos usuários na unidade de saúde. Com isso buscou-se contribuir com a identificação da forma de organização assistencial do serviço de saúde na atenção às pessoas com HIV/AIDS.

A partir dessas considerações metodológicas, o próximo no capítulo será apresentado os principais resultados da pesquisa.

CAPÍTULO IV - A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS PESSOAS COM HIV/AIDS SOB A ÓTICA DA INTEGRALIDADE: A EXPERIÊNCIA DO PAM ANTÔNIO RIBEIRO NETTO

É consenso entre os estudiosos da área da saúde, como também entre os gestores federais, a necessidade dos serviços de saúde sofrerem avaliações sistemáticas para contribuir para o aprimoramento e manutenção da qualidade da assistência à saúde da população.

Nesse contexto, a universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade e a participação social, são princípios que vêm sendo estudados, principalmente nos últimos anos, por diversos cientistas da saúde com a finalidade de contribuir com a implementação das diretrizes preconizadas pelo SUS.

É com base nisso, que esta investigação se propôs a analisar a qualidade da assistência num serviço de saúde, tanto do ponto de vista dos usuários, quanto dos profissionais de saúde e gestor, a partir da dinâmica do serviço e dos processos de trabalhos.

Neste capítulo, serão apresentados os resultados das informações coletadas no trabalho de campo, realizado na unidade de saúde que realiza assistência à saúde das pessoas com HIV/AIDS, buscando analisar os processos de trabalhos dos profissionais em relação ao acolhimento, vínculo/responsabilização; identificar as características da organização dos processos de trabalho numa unidade de saúde ambulatorial, a partir da visão do gestor local, profissionais e usuários e considerar a percepção do usuário sobre a qualidade do atendimento recebido na assistência à saúde.

4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE³⁴

Unidade de Saúde classificada como Policlínica, iniciou suas atividades de assistência à saúde, nos anos 50. Inicialmente foi sede do Serviço Médico do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB), e posteriormente passou a chamar-se Posto de Assistência Médica Treze de Maio, pertencente ao Ministério da Previdência e Assistência Social

³⁴ Estas informações foram obtidas através das seguintes fontes: i) Entrevista com o ex-coordenador da Clínica; ii) Projeto de Intervenção da Clínica de AIDS; iii) Site: < <http://www.saude.rio.rj.gov.br/>>, acesso em 05 ago. 2008.

(MPAS) e do INAMPS até 1988. Em seguida o PAM passou a ser gerido pelo Ministério da Saúde até o ano de 1996 quando a Unidade foi municipalizada passando a gestão à Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. No ano de 1999, a Unidade passou a chamar-se PAM Antonio Ribeiro Netto.

Para realizar assistência à saúde da população, a Unidade possui as seguintes especialidades: Gastroenterologia, Urologia, Psicologia, Nutrição, Ginecologia, Oftalmologia, Dermatologia e Cirurgia Dermatológica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Reumatologia, Clínica Médica, Clínica de Infectologia, Pneumologia, Asma, Alergia, Pediatria, Proctologia, Neurologia, Saúde Mental, Odontologia, Acupuntura, Cardiologia, Adolescente, Otorrinolaringologia, Homeopatia, Laboratório de Patologia Clínica, Raios X, Exames de Ultrassonografia, Ecocardiograma e Eletroencefalograma.

O Serviço de Saúde está localizado na Rua Treze de Maio, no centro do Rio de Janeiro, e pertence à área programática (AP) 1.0, que abrange os seguintes bairros: Centro, Saúde, Fátima, Gamboa, Santa Teresa.

A Clínica de infectologia, ou popularmente denominada Clínica 8A, foi criada em 1985. De acordo com o gestor local do programa de AIDS, sua criação foi impulsionada pela elevada incidência de AIDS nos pacientes atendidos no PAM, especialmente na Clínica de Proctologia.

Desde seu surgimento, a Clínica realiza atendimento a usuários adultos, maiores de 18 anos, com infecção pelo HIV/AIDS.

Ao longo desses 23 anos de existência, a Clínica de infectologia passou por diversos contextos, tanto no que refere à organização da assistência - conformação da equipe, condições de trabalho, como também, na realização do cuidado à saúde da população.

No período de 1985 a 1994, a equipe era composta por 08 médicos de diferentes especialidades, 02 auxiliares de enfermagem, 03 funcionários administrativos, e era coordenada, por um dos médicos, especialista em proctologia. O atendimento era pautado nas consultas médicas e solicitação de exames. Não havia uma proposta de trabalho em equipe multidisciplinar, a visão dos profissionais era restrita à doença.

A partir de 1995 foi incorporado à equipe, um médico psiquiatra, que inicialmente desenvolveu uma proposta de trabalho em grupo com os usuários. Esse trabalho trazia um modelo diferenciado da assistência até então oferecida na Clínica, uma vez que tinha como um dos principais objetivos, contribuir para que os usuários tomassem conhecimentos dos seus direitos de cidadãos, e despertar nos usuários, o interesse pela participação na realidade institucional.

Em 1998, houve uma série de acontecimentos na Clínica, dentre eles, a redução pela metade no número de médicos, e a insatisfação dos usuários em relação ao atendimento desrespeitoso dos profissionais. Estes fatos contribuíram para que houvesse uma intervenção do Conselho de Saúde, e para o afastamento do Coordenador da Clínica.

A partir de então, a Coordenação da Clínica foi assumida pelo médico psiquiatra, que tinha como principais objetivos, humanizar o atendimento; promover a melhoria de qualidade de vida dos usuários e oferecer um serviço de saúde que atendesse integralmente o usuário e não o visse como apenas um vírus. Com essa reestruturação a Clínica passou a ter como Missão *“Desenvolver uma relação de trabalho em equipe que possibilite o atendimento humanizado, privilegiando a maior participação do paciente no cotidiano da clínica e resgate de cidadania, com ênfase numa proposta de trabalho interdisciplinar”*.

Para conseguir atingir tais objetivos e cumprir a missão institucional, a primeira estratégia da nova Coordenação foi reestruturar a equipe de profissionais, numa perspectiva de trabalho multidisciplinar. Atualmente a equipe é composta por 06 médicos - sendo que 01 clínico e 01 psiquiatra vão se aposentar, 01 assistente social, 02 auxiliares e 01 técnico de enfermagem, 01 auxiliar administrativo, além de 01 pedagoga e 02 nutricionistas que atuam como voluntárias na Clínica. Com o processo de aposentadoria do médico psiquiatra, a Coordenação foi assumida por uma médica infectologista.

A assistência à saúde dos usuários acompanhados na Clínica se dá por meio de atendimentos individuais agendados, atendimentos às demandas espontâneas, bem como das atividades de grupo, como o grupo de recepção, grupo de adesão, grupos de apoio – artesanatos e sala de espera, filmoteca, passeios, além de festas comemorativas.

Do início das atividades até hoje, existem matriculados cerca de 12 mil usuários, mas que de fato encontra-se atualmente em acompanhamento de saúde são cerca de 1.400 usuários.

4.2. CUIDADO INTEGRAL

É consenso entre os estudiosos (Pinheiro, 2005, 2006; Silva Júnior, 2001, 2006), que a integralidade, sob o eixo do cuidado integral, articula-se ao compromisso dos profissionais de saúde na condução de suas práticas, a partir das respostas fornecidas às necessidades vivenciadas pelos usuários. Assim, as práticas deverão estar envolvidas com várias formas de agir em saúde, condizentes com essas necessidades, a partir da realidade que se apresenta, pois *“buscar compreender o conjunto de necessidade de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca maior desse sentido de integralidade”* (MATTOS, 2001, p. 50).

Com base nessa perspectiva, os depoimentos dos profissionais entrevistados para o presente trabalho foram avaliados a partir de alguns atributos, dentre eles, acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção, conforme propõem Silva Júnior *et al.* (2006) e Mascarenhas (2003).

4.2.1. Acolhimento

O debate sobre acolhimento vem sendo incorporado nos estudos na área da saúde nos últimos anos por vários autores, dentre eles, Merhy (1997); Mascarenhas (2003); Pinheiro (2005); Camargo Junior (2006); Silva Júnior (2006). Embora estes estudiosos tragam contribuições diversas à construção do conceito, eles compartilham do entendimento de que o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender todos os que procuram os serviços de saúde, identificando as necessidades dos usuários e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas a essas demandas.

Na Clínica de infectologia, onde foi realizado o presente estudo, o profissional responsável pelo acolhimento inicial ao usuário é, de maneira geral, o auxiliar ou técnico de enfermagem³⁵, como pode ser observado na fala de um profissional. *“De um modo geral, a enfermagem faz o primeiro acolhimento. Ela é a porta de entrada”* (Assistente Social). Nesse primeiro contato, a equipe de enfermagem é responsável por verificar se os usuários que procuram atendimento contemplam os critérios exigidos para o acesso ao serviço de saúde.

Até o final de 2007, a Clínica atendia usuários pertencentes a qualquer área de abrangência, inclusive moradores de outros municípios.

“Quando eu descobri que eu estava com o vírus eu quis fazer o tratamento o mais longe possível da minha residência [usuária moradora da região dos lagos], para me preservar. Eu moro numa cidade pequena, onde todo mundo me conhece, eu não queria me expor, que as pessoas ficassem sabendo do meu problema de saúde. No início eu menti, disse que morava por aqui, onde meu primo mora, por medo de eles não me aceitarem porque morava longe. Mas quando eu contei que morava em outro município a enfermeira disse que não tinha problema que ela estava ali para atender todo mundo” (Usuária 06).

Essa postura resguardava o princípio do SUS, de universalização do acesso, ou seja, *“Legalmente o cidadão tem o direito de ser atendido em qualquer lugar”* (Gestor local). E também, ao programa de AIDS. *“O programa de AIDS não é regionalizado, por isso tínhamos o entendimento de que deveríamos atender todo mundo que buscava atendimento”* (Assistente Social).

Essa perspectiva vai ao encontro da definição de Malta (1998, p.128) *apud* Mascarenhas (2003, p. 41), que entende o acolhimento como:

Mudança do processo de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, restabelecendo no cotidiano o princípio da universalidade, assumindo nos serviços uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas a cada usuário, restabelecendo a responsabilização pela saúde dos indivíduos e a conseqüente constituição de vínculos entre profissionais e população; reorganizar o processo de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional, encarregada da escuta e resolução do problema do usuário.

³⁵ Isso não quer dizer que outros profissionais não possam se responsabilizar por esse primeiro atendimento, na ausência destes especialistas. Destaca-se aqui é que essa é uma atribuição dos profissionais de enfermagem.

Contudo, em virtude da carência de profissionais médicos³⁶ enfrentada pela Clínica nos últimos anos, esse acesso foi restringido à área programática da unidade de saúde (AP 1.0). Os usuários que não pertencem à área de abrangência do PAM (AP. 1.0) são orientados a procurar uma unidade de saúde próxima a sua residência.

“Mas a gente, por conta da experiência que passamos... vendo os médicos saindo por aposentadoria... aí começamos a refletir: será até que ponto a gente tem que atender todo mundo? Hoje, só atendemos o pessoal da nossa área. Nesse momento há o critério de estar residindo dentro da área de abrangência para ser atendido” (Assistente Social).

“Sempre foi aberto a qualquer paciente de qualquer área, só que com a saída de alguns colegas tivemos que restringir o acesso por área de abrangência” (Gestor local).

“Agora tá fechado para as outras áreas, só está aberto ao pessoal da região. Mas antes disso, as pessoas chegavam aqui querendo fazer inscrição, daí era feita” (Auxiliar de Enfermagem).

“Nós não podemos mais aceitar gente de tudo quanto é lugar, porque senão a gente não consegue dá conta. Nós estamos com poucos médicos, por conta de aposentadorias. A grande maioria dos usuários que chega aqui, nós estamos conseguindo absorver. Só não aceitamos quem não é da área, exemplo: quem é de Caxias nós encaminhamos para lá” (Médica).

Com essa mudança, a Clínica 8A passou a exigir como critérios de acesso, além do exame anti-HIV positivo, a apresentação do documento de identidade e do comprovante de endereço. Nos casos em que o usuário não possua o teste, o mesmo é encaminhado para o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

“Precisa trazer o exame positivo, identidade, CPF e comprovante de residência para fazer a inscrição” (Auxiliar de Enfermagem).

“A enfermeira fez uma ficha, pediu identidade, CPF, comprovante de residência” (Usuário 02).

“Se o usuário chega aqui querendo fazer o teste, a gente encaminha para o CTA. É lá que faz o teste” (Assistente Social).

Os usuários que atendem aos critérios estabelecidos são inscritos no serviço, sendo realizada no mesmo dia a abertura de prontuários, e em seguida, o agendamento para o grupo

³⁶ Nos últimos anos a Clínica vem enfrentando uma redução importante no quadro de profissionais, especialmente médicos. Essa realidade será retratada mais adiante, na subdimensão - organização da assistência.

de recepção³⁷ e para atendimento médico. Esses agendamentos são feitos de maneira geral, obedecendo às seguintes situações:

a) Conciliação do dia do grupo de recepção com a agenda médica - a enfermeira procura agendar as duas atividades para o mesmo dia, ou primeiro para o grupo de recepção e posteriormente para a consulta médica. Essa situação pôde ser vista na fala de um usuário entrevistado:

“A enfermagem avalia se o paciente está bem, estando, dá para conciliar o agendamento com o grupo de recepção e a consulta” (Assistente Social).

“Quando cheguei a moça da recepção abriu meu prontuário aqui na clínica 8A, e me marcaram daí três semanas para o grupo de acolhimento e um mês para a consulta com a Dra.” (Usuário 05).

b) Consideração da gravidade clínica do usuário - priorizam o atendimento dos usuários em situação de adoecimento. Nestes casos, a consulta é antecipada, como pode ser observada nas falas abaixo:

“Geralmente o grupo de recepção antecede a consulta, mas quando o paciente precisa de atendimento mais urgente, a gente marca logo com o médico e posteriormente para o grupo de recepção” (Auxiliar de Enfermagem).

“O atendimento foi rápido, na semana seguinte já estava me consultando, porque eu já tava debilitada, fazia dois anos que eu estava com o vírus sem saber, tava emagrecendo muito [...] Depois que eu passei pelo grupo” (Usuária 06).

Há um reconhecimento, tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários entrevistados, de que não existe dificuldade de acesso dos usuários na Clínica 8A. O pouco tempo de espera entre o agendamento e a consulta foi um indicador sinalizado pelos profissionais e usuários.

“Geralmente são 10-15 dias, [entre o tempo do agendamento e a consulta], às vezes tem dias disponíveis antes, mas os usuários não podem por motivos pessoais” (Auxiliar de enfermagem).

³⁷ O grupo de recepção é uma estratégia de acolhimento, que surgiu a partir de demanda dos usuários, que se queixavam das dificuldades enfrentadas com o início do tratamento de saúde. Esta estratégia de acolhimento existe há dois anos, atualmente é realizada pela assistente social a cada quinze dias. No início da implantação do grupo, os médicos, nutricionistas e enfermagem também participam.

“Depende da agenda. Às vezes é uma semana, duas... Temos agora quatro médicos, quem tiver mais livre na agenda pega a primeira vez. Não considero difícil ter acesso aqui não, o tempo para agendar a consulta é bem razoável” (Médica).

“Não achei difícil ter acesso à clínica não. Quando cheguei estava precisando de remédios, que já iam acabar. Eles me forneceram no mesmo dia os remédios que precisava e marcaram minha consulta. Como estava bem, não tava sentindo nada (eles me perguntaram se estava tudo bem, se tava sentindo alguma coisa), eles então marcaram para um mês a consulta. Acredito que se não tivesse bem, eles marcariam a consulta antes” (Usuário 04).

“Não achei difícil conseguir vaga aqui não. O pessoal procura muito aqui por ser no centro, né, pensei que não fosse encontrar vaga, mas eu consegui fácil” (Usuário 02).

“Na clínica 8A não tive problema não, pelo contrário, as pessoas se sensibilizaram comigo para eu ter um encaminhamento o mais rápido possível” (Usuário 07).

Além desse indicador, os usuários também destacam como fator positivo no acesso à Clínica, o fato de a equipe de saúde considerar suas necessidades.

“Eles me tratam receberam muito bem aqui. Me deram atenção, me atenderam quando precisava” (Usuário 04).

No caso da Clínica 8A, além da questão do acesso à unidade de saúde, outras demandas são trazidas pelos usuários no momento em que buscam o serviço, como por exemplo, atendimento clínico urgente, apoio em virtude do impacto do diagnóstico, esclarecimentos da doença, de direitos sociais, dentre outras.

“As demandas dos usuários são variadas. Tem usuários que não estão bem, chegam assustados e querendo remédio. E quem vem bem imunologicamente às vezes não acredita e quer fazer um novo teste para confirmar, com a esperança de que houve uma falha. Outros vêm encaminhados por uma unidade que o orienta ser aqui um lugar de tratamento. Então ele já chega com o exame pronto para marcar a consulta” (Assistente Social).

É sabido que quando procuram o serviço de saúde, os usuários vêm sempre necessitando de algo, e o profissional de saúde tem que trabalhar com uma sensibilidade, preocupando-se em detectar e compreender essas necessidades para poder dar respostas positivas (CECÍLIO, 2001).

Assim, para que se tenha de fato uma atenção integral, é preciso que os serviços de saúde incorporem idéias relacionadas à construção de uma atenção ampliada, estando a equipe de saúde sempre aberta para assimilar as necessidades dos usuários, independentemente de terem sido apresentadas ou não.

Nessa perspectiva, Pinheiro (2005, p. 18) define acolhimento como:

Um conjunto de mecanismos que visam assegurar o acesso à unidade e ao cuidado, por meio da articulação de fluxos institucionais e de processos de trabalhos, possibilitando escuta qualificada, maior adequação da oferta à demanda gerando informações para avaliação e reorganização do serviço.

As falas dos profissionais mostram o interesse destes na escuta das necessidades de saúde dos usuários, bem como o compromisso em estar ou se sentir responsável pelas necessidades de saúde demandadas pelos usuários.

“Na nossa prática temos o entendimento que devemos estar atentos ao cuidado desde o primeiro atendimento. E todos nós temos responsabilidade com esse cuidado” (Assistente Social).

A esse propósito, Malta (1999) *apud* Mascarenhas (2003) destaca que na noção de acolhimento, toda a equipe participa da assistência direta ao usuário [...]. Assim, toda a equipe participa da resolução do problema, colocando em prática outros saberes existentes, potencializando, desse modo, a capacidade de resposta e intervenção (MALTA, 1998, p.128 *apud* MASCARENHAS, 2003, p. 41).

Esse tipo de abordagem pode ser percebido na Clínica de AIDS quando as profissionais de enfermagem ouvem as demandas dos usuários, as avaliam e buscam respondê-las ou recorrem ao setor responsável (serviço social, nutrição ou serviço médico) para respondê-las, como pode ser percebido nas falas abaixo.

“De modo geral, a enfermagem avalia se o paciente está bem, se o paciente estiver mal de saúde, pode ser consultado até no mesmo dia [...] Tem casos que a própria equipe, até mesmo as auxiliares de enfermagem que fazem o primeiro atendimento, sinaliza que devemos ouvir o paciente, pois ele está muito abalado” (Assistente Social).

“Eles vêm pra marcar a consulta, aí junto com isso querem informações. Quando o usuário quer saber alguma informação... se está dentro da minha especialidade, eu respondo. Agora, se eu não sei responder, se for sobre passe livre, benefício, eu procuro a assistente social. Às vezes a gente percebe que o usuário tá abalado, precisando

conversar, aí eu peço pro psiquiatra atender, ou até mesmo a assistente social. Geralmente eles atendem, a não ser quando não estão, ou se tão muito ocupados e não podem atender. Aí eles marcam com o usuário outro dia. Antes mesmo da consulta mesmo” (Auxiliar de Enfermagem).

O depoimento do gestor local também demonstra a preocupação e responsabilidade em dar resolubilidade às necessidades sentidas pelos usuários. A intenção desse profissional é atender o usuário em seus problemas de saúde, tendo em vista sua postura comprometida com uma relação acolhedora.

“Teve um paciente que quando chegou aqui ele tinha acabado de saber o resultado do exame, ele tava fazendo cinco dias na rua e quando foi para casa a esposa mesmo desolada fez com que ele procurasse tratamento, ele estava sem comer e não tinha ido ainda em casa. Como que esse cara pode vir a uma consulta médica? De que adianta uma consulta se o cara tá morrendo de fome, de desespero? Resultado, eu e assistente social intervimos nesse caso” (Gestor Local).

“Temos que ser resolutivos não basta deter grande quantidade de conhecimento específico. Às vezes as pessoas estão esperando o fundo de garantia, ela não precisa esperar até a consulta pra ter uma declaração. Nós temos que nos colocar na posição do outro” (Gestor Local).

Nos discursos dos profissionais foi possível perceber que a equipe de saúde desenvolve, nos seus processos de trabalho, ações voltadas para produção de saúde a partir de um conjunto de saberes diferenciados para alcançar relações acolhedoras. Com essa abordagem, a necessidade de escuta ao usuário vem como uma estratégia para construção da integralidade. Como destaca Pinheiro,

Os modelos explicativos habitualmente utilizados para definir as demandas no campo da saúde apóiam-se, na maioria das vezes, em modelos explicativos que predominantemente apresentam um traço em comum: a redução do sujeito pela objetivação da doença, desconsiderando os contextos em que se inserem cujas respostas só podem ser elaboradas a partir dos conhecimentos especializados advindos das duas racionalidades [...] Diferentemente desses modelos, definir como objeto do trabalho em saúde o usuário, significa conceber os aspectos subjetivos, e não somente os objetivos, que caracterizam como sujeito social portador de aspirações, desejos e histórias de vida (PINHEIRO, 2005, p. 14; 25).

Os discursos dos usuários são emblemáticos ao apontarem para uma integralidade construída e desenvolvida a partir das necessidades de saúde dos usuários.

“Eu cheguei muito deprimida, por ter perdido meu marido e estava com esse problema. O Dr. L. ficou umas 2h comigo me explicando tudo, Tim tim por Tim tim... Como que acontece, qual o tratamento, como se deve comportar daqui pra frente, me deu o maior apoio” (Usuário 06).

“Quando eu cheguei aqui eu estava morando na rua. Fazia uns 40 dias que minha companheira tinha me abandonado. Quando eu cheguei no consultório a médica conversou comigo, me examinou e depois me encaminhou para a assistente social. A assistente social conversou comigo, quis saber da minha situação e me ajudou a conseguir um abrigo para ficar. A médica fez um laudo para o pessoal do abrigo, sobre a minha situação de saúde, da necessidade de alimentar adequadamente e nos horários corretos, por causa dos remédios, e o pessoal de lá, por causa do laudo passou a oferecer a alimentação adequada, inclusive passando a fornecer o lanche à noite, antes de dormir” (Usuário 01).

“Quando eu cheguei aqui, eu estava num estado crítico, sentia muita dor, febre, não comia, cheguei a pesar 42 kg. A Dra. me atendeu no consultório dela no mesmo dia e disse que eu tinha que ser internado imediatamente, e ela disse que quando recebesse alta para voltar, voltei e estou me tratando até hoje” (Usuário 03).

Na Clínica de AIDS também é realizado atendimento às demandas espontâneas.

“Eu nunca vi um paciente chegar aqui na Clínica precisando de atendimento e não ser atendido” (Usuário 07).

“O atendimento às demandas espontâneas depende do médico para atender. Nesse tempo que estou aqui nunca vi serem negados esses atendimentos não. Eles chegam até a gente e dizem por que vieram sem estar marcados, daí pedimos ao médico ou o usuário mesmo pede. Se o usuário não pode esperar, nós tentamos marcar para o dia mais próximo” (Auxiliar de Enfermagem).

Apesar da existência do atendimento às demandas espontâneas, o gestor revela, em seu depoimento, a existência de uma tensão entre alguns profissionais médicos com relação a esse tipo de conduta. O gestor defende a garantia da assistência aos usuários com HIV/AIDS, uma vez que estes possuem maiores riscos de intercorrências de saúde, e que muitas das vezes não dá para esperar o dia da consulta agendada, e não é caso de procurar um hospital de emergência. Já a percepção dos médicos é, segundo o gestor, de que a Clínica não deveria se responsabilizar pelo atendimento às demandas espontâneas, uma vez que a Clínica é um ambulatório que funciona com agendamento de consulta.

“Uma das discussões que ‘quebramos o pau’ aqui dentro e ainda continua tendo confusão é porque o pessoal acha que só se deve atender quando tiver consulta marcada só porque somos ambulatório, mas AIDS ainda não está nesse nível” (Gestor Local).

A partir das entrevistas realizadas, bem como das observações no espaço institucional, foi possível perceber que, apesar de o grupo de recepção ser institucionalizado no serviço de saúde há dois anos como um dispositivo de acolhimento, esse processo não se restringe a esse espaço. Ao contrário, o acolhimento é também realizado cotidianamente por todos os profissionais, independente do espaço do grupo de recepção. Esse fato é notado, a partir do momento em que se identifica que os profissionais escutam as demandas trazidas pelos usuários e se responsabilizam em analisá-las e a dar respostas às mesmas.

Deste modo, os profissionais utilizam como estratégias de acolhimento não só o grupo de recepção, mas também, o cotidiano de suas práticas, como bem explicitam as falas dos usuários:

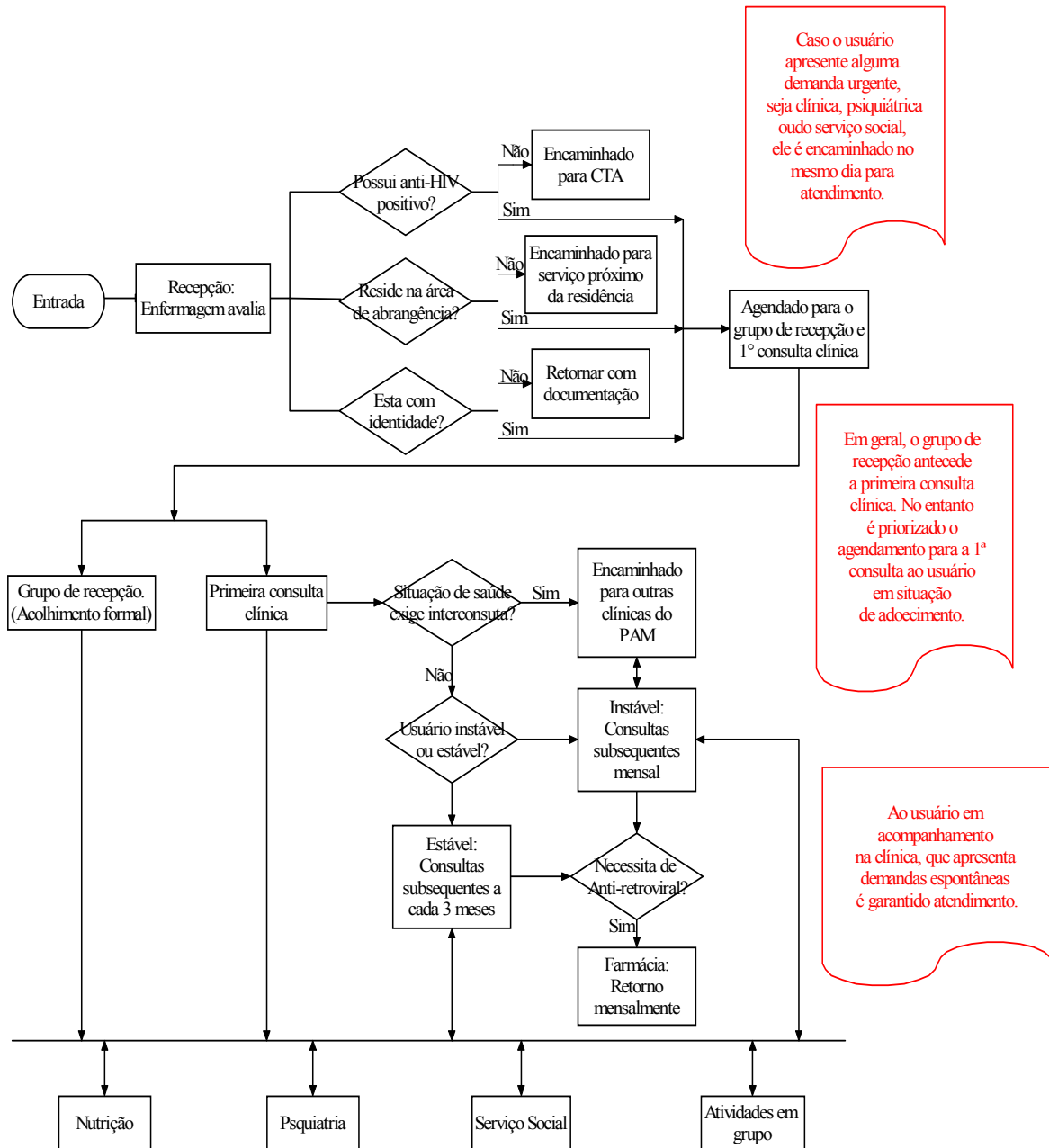
“Eu participei do grupo de acolhimento com a assistente social e tinha as estagiárias dela também. Elas conversaram sobre o tratamento, as atividades da clínica, sobre os direitos dos pacientes. Foi muito importante, por que eu não aceitava a doença. Eu me senti acolhido aqui... Eu fui acolhido pela assistente social, através do grupo; pelo psiquiatra, que atendeu no dia em que vim agendar consulta e pela auxiliar de enfermagem, que me deu atenção e chamou o psiquiatra pra me atender” (Usuário 07).

“No dia que eu cheguei aqui o Dr. [psiquiatra] ficou umas 2h comigo me explicando tudo [...] Ele me acolheu muito bem...” (Usuário 06).

A partir dos depoimentos coletados durante o trabalho de campo, foi possível construir um fluxograma descritor do percurso do usuário dentro da Clínica na busca do cuidado. O fluxograma descritor consiste em uma representação gráfica do processo de trabalho, buscando perceber os caminhos percorridos pelo usuário, quando procura assistência e sua inserção no Serviço e permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde (MERHY *et al* 1997; FRANCO & MERHY, 1999). Na construção desse fluxograma tomou-se como referência o modelo desenvolvido por Franco (2003) *apud* Camargo Júnior (2006).

A representação gráfica encontra-se na figura 4 abaixo e seu detalhamento pode ser consultado no anexo 5.

Figura 4: Fluxograma Descritor da Clínica de Infectologia/AIDS



4.2.2. Vínculo e responsabilização

Um atributo fundamental à garantia do cuidado integral é o estabelecimento de vínculos entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço. Se a criação de vínculos implica realizar os processos que Mattos denomina de “a boa medicina”³⁸, ela não se restringe a eles. Estudos vêm apontando (SILVA JÚNIOR, 2001; MASCARENHAS, 2003), que vínculo e responsabilização englobariam não só a noção de longitudinalidade – caracterizada pela relação pessoal estabelecida, em longo prazo, entre profissionais e pacientes na busca pelo atendimento. Incorporariam também a instituição de referências terapêuticas e a responsabilidade do profissional ou da equipe em articular ações e encaminhamentos aos outros recursos disponíveis para resolução dos problemas de saúde da população. Isso implica que o profissional assuma a responsabilidade na garantia dos caminhos a serem percorridos para a resolução das necessidades dos usuários.

Na clínica 8A, a formação de vínculo começa desde o agendamento da consulta médica, quando esta é realizada de forma a garantir o atendimento do usuário sempre pelo mesmo profissional. Esse procedimento é avaliado positivamente pelos usuários por permitir o estabelecimento de relações de confiança, de respeito mútuo e de vínculos afetivos, conforme pode ser percebido nas falas dos usuários.

“Desde que comecei a me tratar aqui eu sou atendido pela Dra. Eu gosto de ser atendida sempre por ela, porque ela sabe o que está fazendo, é boa profissional, me trata como pessoa, me ouve, já me conhece, sabe do meu histórico. Isso com certeza faz com que você tenha vínculo com os profissionais. Por que aqui você tem amizade com os profissionais, tem cumplicidade” (Usuário 06).

“Sempre fui atendido pela mesma Dra., e acho bom. Porque ela já sabe tudo da gente, conhece nossos problemas, a gente tem liberdade para falar das coisas...” (Usuário 04).

“Ela já sabe tudo, nossa história e também, já temos uma relação de amizade desde o início, e eu confio muito nela [...] Não me vejo saindo daqui... Aqui já faz parte do meu mundo” (Usuária 07).

³⁸ Essa expressão é utilizada por Mattos (2001), quando faz referência à integralidade sob a ótica da medicina integral, que teria a ver com uma atitude desejável dos médicos que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento. Atitude essa que deveria ser “produzida” nas escolas médicas. Relacionava-se, deste modo, com a boa medicina, ou melhor, com a boa prática médica.

“Aqui se formam vínculos com os médicos, tem pacientes que não aceitam trocar de médico” (Usuário 01).

Contudo, essa vinculação do usuário com um único profissional nem sempre é garantia da formação vínculo entre os dois sujeitos. Principalmente quando se considera vínculo não somente na dimensão da afetividade, conforme propõe Merhy *apud* Mascarenhas (2003). Aqui, concorda-se com Campos (1994, p. 53 *apud* Mascarenhas, 2003), quando diz que, *“para que haja vínculo entre dois sujeitos, exige-se a assunção do paciente à condição de sujeito que fala, deseja e julga”*.

Nesse sentido, apesar de os usuários considerarem que existe a formação de vínculo entre eles e os profissionais, do ponto de vista afetivo, -*“eu acho a relação com os profissionais daqui boa, muito boa. Eles me tratam muito bem, me dão atenção”* - Usuário 4, demonstram contraditoriamente, que o atendimento médico restringe-se a valorizar apenas o que está relacionado às questões orgânicas e objetivas.

“Às vezes eu quero saber de algumas coisas como o meu direito de reproduzir com alguma companheira soronegativo e a médica nunca falou disso comigo. Com a médica só se tem a parte clínica” (Usuário 01).

“Ela pergunta como estamos nos sentindo, se está acontecendo algum problema, sobre exames...” (Usuário 02).

Assim, a construção de vínculos dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado – que também envolve respeito e compromisso – corre o risco de ficar comprometida exatamente por não ouvir as necessidades demandadas pelos usuários e de não ver o indivíduo com seus desejos e suas crenças.

“Nem todos os médicos conseguem ouvir os usuários, pois se encontram incapacitados diante de certas queixas. Eu acho que quando as pessoas começam a falar, os médicos cortam logo, e encaminha para outro profissional” (Auxiliar de Enfermagem).

Nota-se que a forma de se pensar saúde, sob a ótica médica, ainda está na valorização da doença em detrimento da saúde, como conseqüência do modelo médico-hegemônico, estando ausente a perspectiva de um trabalho que valorize o aspecto relacional. Isso pode ser percebido nos depoimentos dos usuários acima, na medida em que muitas de suas questões, como, sexualidade, orientações pedagógicas, não são objetos de diálogo durante as consultas médicas. A partir dos depoimentos dos usuários é possível identificar que as consultas

clínicas restringem-se ao acompanhamento tradicional, focado na abordagem biologizante, e não apresentam uma proposta de abordagem integral, centrada nas necessidades dos usuários.

Sob esse aspecto, vale dizer que os usuários reconhecem, por outro lado, que as dificuldades dos profissionais médicos na escuta de suas necessidades, estão relacionadas também, com o número elevado de usuários assistidos diariamente, o que, de certa forma, coloca limites aos profissionais de saúde na produção do cuidado integral.

“Ela está muito sobrecarregada, ela está trabalhando demais, tem muitos pacientes para ela atender. No meu caso, por exemplo, como eu estou bem, ela pergunta como estou e já faz logo os pedidos dos exames, ou vê o resultado dos exames que ela pediu, passa a receita do remédio. Na consulta é basicamente para ver os exames e saber se estou sentindo alguma coisa, só isso” (Usuário 05).

“Para a minha médica me ouvir, depende do dia... quando a clínica tá cheia, ela não consegue. Pede para falar na próxima consulta [...] Mas o problema é que não tem como ficar muito comigo, pelos problemas que a clínica está passando, por falta de médicos. Se ela ficar muito tempo comigo, pode diminuir para outro, que talvez precise mais do que eu. Tenho que ter essa compreensão” (Usuário 01).

Nessa realidade, o que se percebe é o esvaziamento do espaço da consulta como possibilidade de suporte para refletir e dialogar sobre aspectos relacionados a questões que tangem à soropositividade e às necessidades dos usuários.

Além dos depoimentos dos usuários, na fala da médica foi possível perceber claramente o desenvolvimento de uma assistência muito mais voltada para uma visão biológica e burocrática.

“Eu atendo por dia em média 13 a 14 pacientes, de 9h às 12h, mas fico até terminar de atender. O ideal seria serem 7 pacientes [...] Eu chego, já pego os prontuários e começo a atender. Solicito os exames e dou as receitas para os medicamentos. E também preencho o mapa de atendimento” (Médica).

Uma conseqüência disso reflete na não participação dos usuários de forma efetiva na construção dos seus projetos terapêuticos. De acordo com a fala da médica, essa participação depende do perfil do usuário e duas situações dificultam esse processo: a primeira refere ao tempo reduzido de consulta e a segunda, diz respeito à percepção por parte dessa profissional de que a população não tem noção do que é melhor para ela. Acarretando assim, em grande medida, a determinação do projeto terapêutico pelo profissional médico.

“Por causa da quantidade de pacientes às vezes não dá para explicar direito. Aqueles que têm uma condição social melhor, entendem mais e às vezes ele até tem uma resposta melhor. Já aquele que tem um baixo nível econômico, cultural, às vezes não entende como tomar o remédio, tem dificuldade de se alimentar, aí o tratamento fica prejudicado, é muito difícil lidar com essas pessoas [...] Geralmente sou eu quem resolve o que vai ser feito, só quando as coisas estão difíceis, que o paciente não quer se tratar, eu posso até levar para o serviço social para ele ver, tentar convencer, conversar” (Médica).

Assim, a perspectiva subjetiva, como questões de ordem emocional e social, em geral, não é considerada pelo médico. *“Na verdade, a Dra. pergunta dos exames, como estou sentindo, ela não fala essas coisas” (Usuário 02).*

Assim, a perspectiva subjetiva – como questões de ordem emocional e social – em geral, não é considerada pelo médico. Os profissionais mais sensíveis a essas questões são a assistente social e o psiquiatra. *“É com a assistente social e com o psiquiatra que converso sobre as outras questões” (Usuário 02).*

Através dos depoimentos tanto dos profissionais, quanto dos usuários, identificou-se que os processos de trabalhos desenvolvidos pela assistente social, bem como pelo psiquiatra, permitem conhecer as condições de vida da população e assim, identificar e contribuir com a garantia do atendimento às necessidades de saúde dos usuários.

“Eu procuro ouvir as pessoas, pois só assim acredito que você chega perto do outro, da realidade do outro... No escutar o que ele quer, como que se coloca. Quando a gente dialoga, é a oportunidade da gente tá perto do outro e poder conhecer as necessidades do outro. Acho que é esse o caminho” (Assistente Social).

“O psiquiatra e a assistente social conseguem ouvir os usuários” (Auxiliar de Enfermagem).

Nos depoimentos dos usuários é possível confirmar essa abordagem:

“O psiquiatra nos dá muito mais atenção que ela [a médica]. Ele pergunta como estamos, como está nossa família. Com o psiquiatra que eu falo sobre o que estou sentindo, não dá parte clínica, mas de outras coisas... ele é mais aberto. Ele ouve, eu sinto a vontade para falar sobre tudo com ele” (Usuário 03).

“Aqui você faz amizade com os profissionais. Eles param para te ouvir, te dão atenção, tratam com carinho, principalmente o psiquiatra, a assistente social e a auxiliar de enfermagem X” (Usuário 07).

“Se eu tenho alguma coisa para resolver procuro o psiquiatra e a assistente social, são pra eles que falo o que estou sentindo, os meus problemas. Eu que pedi para ser atendido pelo psiquiatra... Ele é um pai para o pessoal daqui. A assistente social é a que mais gosta quando colocamos algumas questões, ela considera o que a gente fala... ouve o que a gente fala...” (Usuário 08).

Os depoimentos acima mostram que a assistente social e o psiquiatra são considerados atores importantes na construção de vínculos, como também, na intermediação do acesso do usuário com os demais profissionais, com as ações em saúde e com as demais políticas sociais. Isso porque, são mais sensíveis às demandas e necessidades dos usuários e se responsabilizam em respondê-las. Os depoimentos do ex-gestor e da assistente social exemplificam essa característica.

“Estive em uma situação, que não me recordo se era falta de medicamento ou exame, onde a diretora me disse que não tinha como resolver, que eu tinha que me acostumar com isso. Eu disse que se não tinha, tínhamos que correr atrás para ter, porque mesmo com 20 anos de direção, minha visão continua sendo a mesma” (Gestor Local).

“Às vezes acontece de chegar um paciente aqui que procura a gente precisando de remédio, por que faltou a consulta. Quando tem médico aqui, é tranquilo, a gente pede e o médico faz, mesmo se não for o médico daquele paciente. Agora, as vezes pode acontecer de não ter nenhum médico no momento, e então a estratégia é fazer o que: a gente liga pra farmácia, eles tem remédios que são de doação (pacientes que devolveram), e como a farmácia tem a relação dos medicamentos que cada usuário toma, a gente fornece a quantidade necessária até o usuário vir no dia da médica dele, pra ela fazer a receita e ele pegar todos os remédios. E isso é anotado no prontuário dele direitinho. Isso às vezes acontece quando o usuário faltou a consulta. A gente preocupa com isso... Na verdade, se a gente fala o tempo todo aqui de aderência, a gente não vai deixar de liberar o remédio. Nunca aconteceu de um usuário precisar de remédio e sair daqui sem ele” (Assistente Social).

Nos depoimentos dos usuários também fica claro que quando necessitam de recursos externos à unidade de saúde, recorrem em geral, à assistente social e ao psiquiatra, em virtude da confiança que depositam nesses profissionais, e por acreditarem que eles se responsabilizam em responder suas necessidade.

“Quando eu tenho algum problema eu procuro o psiquiatra. Ele está sempre aqui. Ele atende bem, sempre que preciso de alguma coisa ele nunca nega” (Usuário 02).

Um exemplo desse processo é o encaminhamento dado pela equipe da clínica 8A às demandas dos usuários, que muitas delas exigem a articulação intersetorial. Nesses casos, os profissionais entram em contato com as diversas instituições, através de contato telefônico ou pessoal e, se necessário, encaminham relatório mencionando a situação socioeconômica dos usuários e suas necessidades sociais, a fim de estabelecer parceria na realização do cuidado em saúde. *“Teve um paciente que tinha uma banca e ele queria regularizar seu ponto. Então eu fiz contato com o setor de fiscalização da prefeitura para eles me orientarem como deveria ser feito...” (Assistente Social).*

Compreende-se assim, que os processos de trabalho da equipe multidisciplinar, não se sustentam apenas no modelo médico-centrado, mas também nos aspectos emocionais, culturais, sociais, através de relações entre profissionais, usuário e serviço de saúde. Tal percepção pode ser confirmada no atendimento nutricional, social e psiquiátrico.

“O trabalho das nutricionistas é saber como o usuário se alimenta, o que é possível para ele, e dentro da realidade dele. Elas reforçam o que é melhor comer, mas dentro da realidade de cada um. Elas têm essa preocupação, elas procuram saber a realidade da pessoa. Se trabalha... quanto que ganha... o que tem hábito de comprar, e procuram adequar e orientar a comprar de alimentos baratos, mas que atendam os valores nutricionais. Elas mostram que é possível” (Assistente Social).

“Os moradores de rua, que pegam comida no lixo, a gente orienta para escolher o melhor, damos algumas dicas, de como escolher os alimentos. Temos que trabalhar com a realidade deles. Eles costumam comer no restaurante popular, e tem um lugar no santo cristo que oferece café da manhã, a noite tem uma sopa na cruz vermelha. Estamos sempre orientando para eles irem a esses lugares ou se pegar no lixo, tirar a parte ruim” (Nutricionistas).

“O usuário estava se sentindo rejeitado, porque a sua mulher não queria fazer sexo com ele. Então eu pedi que ele a trouxesse para conversarmos os três juntos, ela aceitou. Conversamos bastante e ela pediu para contar um sonho... Ela sonhou que estava num lugar muito escuro e uns cachorros latiam e queriam fazer “sem vergonhisse” com ela... E tinha uma pessoa, que ela não sabia quem era, mas encostava a cabeça no peito dela chorava e pedia ajuda. Você observa que essa mulher estava sofrendo e não tinha cabeça para fazer sexo com o paciente, mesmo gostando dele. Se não tivesse alguém que desse esse

suporte ao paciente, não teria como atender essas coisas. A ação interdisciplinar tem que existir em qualquer doença” (Gestor Local).

Entende-se que a responsabilização desses profissionais, vem contribuir para o estabelecimento de vínculo, e, em consequência, o sentimento de confiança na relação.

Além desses atendimentos como lugares de construção de vínculos, profissionais e usuários reconhecem como práticas que também contribuem para a formação de vínculos as atividades em grupo existentes na clínica.

“Eu acho que as atividades em grupo contribuem muito para a formação de vínculos, entre os profissionais e usuários e entre os próprios usuários. Nossa, contribui muito! Eu acho que poder de alguma forma estabelecer relação de confiança de respeito com as pessoas, isso é formação de vínculo que a gente faz. Faz a diferença no serviço, você fica sendo uma referência naquela atividade” (Assistente Social).

A assistente social classifica esses espaços como favoráveis também para estimular a participação dos usuários na construção do projeto terapêutico, em função da maior relação e interação entre profissionais, usuários, familiares e serviço.

“A gente abre para o familiar. A gente incentiva que as pessoas participem, eu acredito nisso... Esse trabalho é minuto a minuto, então eu acho que tem que juntar as pessoas, agregar o máximo de pessoas nesse processo [...]. O meu principal objetivo é trazer as pessoas para participar, para dentro do serviço” (Assistente Social).

A fala do ex-coordenador da Clínica mostra que as atividades em grupos desenvolvidas não são organizadas em torno da noção de doença, mas em torno de um cuidado que perpassa pelos diversos cenários que esse sujeito em algum momento se encontra.

“O grupo foi evoluindo... e os pacientes deixaram de ser um vírus, para se tornarem pessoas, cidadãos. A tônica do grupo sempre foi essa: mostrar que eles não viraram um vírus porque contraíram o HIV. Procuramos estimular a cidadania, a solidariedade” (Gestor Local).

Vale destacar que se por um lado, as atividades em grupo são consideradas potenciais na construção de vínculos, conforme a assistente social, gestor e também os usuários afirmaram, por outro lado, há de se reconhecer que essas práticas não abrangem a totalidade

dos usuários inseridos no serviço, o que a torna limitada como estratégia na formação de vínculo.

A partir de observação participante no serviço de saúde, bem como através do contato com os usuários e profissionais por meio das entrevistas, foi possível perceber que existe uma boa permeabilidade dos usuários com os profissionais e com o serviço. Essa característica pode ser atribuída a pelo menos dois processos complementares. De um lado, algumas características e atitudes dos profissionais, como, compromisso, responsabilidade e sensibilidade. De outro lado, as particularidades do perfil dos usuários atendidos na clínica, ou seja, portadores de doença crônica, o que possibilita uma relação mais duradoura com o serviço e com os profissionais.

“Já estou aqui faz 7 anos, todos já me conhecem” (Usuário 02).

“Aqui é diferenciado porque são pacientes crônicos que tem que ter mais atenção, não é uma consulta de clinica médica, temos que ver o paciente como um todo. É diferente porque se dá mais atenção aos pacientes. Lidar com paciente crônico é diferente. Vemos o paciente como um todo não só o orgânico” (Médica).

Assim, as formas com os profissionais relacionam entre si, e com os usuários, de maneira afetuosa, com amizade e respeito, também podem ser consideradas oportunidades de formação de vínculos.

“Nunca presenciei nenhum mau-humor, falta de educação, falta de respeito, ‘pouco caso’ dos profissionais com os pacientes. Pelo contrário, vejo eles tratarem as pessoas com educação, com carinho, respeito” (Usuária 06).

“Aqui, nós somos uma equipe, que já construiu vínculo” (Assistente social).

“Aqui se consegue formar vínculo sim. Aqui não existe distância entre paciente e profissional, há uma proximidade entre pacientes e médicos, dos médicos com a enfermagem. Em muitos locais não tem isso. A gente percebe que em geral os profissionais se preocupam com os pacientes” (Auxiliar de Enfermagem).

Em função disso, acredita-se que esses atributos articulados contribuem também com o processo de construção de vínculo.

Além desses fatores, outra peculiaridade observada na Clínica é o modo de gestão participativa, muito motivada pelo ex-coordenador e também pela equipe de saúde, embora, em menor grau pelo médico. De maneira geral, a equipe incentiva a participação da população na construção do cuidado, através do diálogo permanente entre usuários, profissionais e instituição.

“A participação do paciente em seu tratamento para mim é fundamental... Não adianta eu dizer que ele tem que tomar o remédio se ele não está psicologicamente preparado para isso, ele não vai tomar, ou terá efeito colateral, vai criar resistência, enfim será um desastre não vai aderir ao tratamento. Uma paciente por problemas familiares estava muito deprimida porque iria começar a tomar o coquetel então a médica pediu para que eu conversasse ela já estava tomando o coquetel fazia quatro dias então decidimos suspender os remédios por um tempo, ela saiu daqui muito melhor” (Gestor Local).

“Eu procuro ouvir as pessoas, pois só assim você chega perto do outro... Escutar o que ele quer, como que se coloca... Quando a gente dialoga, é a oportunidade da gente tá perto do outro e poder de alguma forma produzir o cuidado. Acho que é esse o caminho” (Assistente Social).

“A gente incentiva a participação dos usuários... Do grupo, brotou a idéia de uma associação dos usuários. Não só da clínica, mas do posto inteiro. São pessoas que estão visando pelo interesse do SUS. Um espaço de mobilização implantado aqui no posto” (Gestor Local).

“Tem uma associação dos amigos do PAM, onde o paciente x é o responsável (usuário da clínica também). A gente se reúne toda quinta-feira. Através dessas reuniões a gente mobilizou um grupo de pacientes e já fomos até ao conselho de saúde, para levar os problemas da Clínica. Aqui eles participam a gente dos problemas que a Clínica ta enfrentando e incentiva a gente se mobilizar também para buscar recursos” (Usuário 01).

A necessidade de produzir saúde deve ser coerente com a idéia de saúde como direito de ser e dessa forma os profissionais devem buscar desenvolver as atividades coerentemente com a realidade estabelecida, numa lógica usuário-centrada, construída de vínculos e compromissos (MERHY, 2002).

“Todos nós devemos gerir o cuidado, cada um no seu fazer. Não existe um profissional que seja responsável sozinho. Aqui, nós somos uma equipe, que já construiu vínculo, que mesmo nos momentos de dificuldade e discordância há um foco maior que é dar o melhor desse atendimento. Há uma responsabilidade da equipe nesse sentido” (Assistente Social).

Assim, a necessidade de responsabilização como forma resolutive de intervenção em saúde, inevitavelmente passa pelo “acolher” e “vincular”, pois sem esses dispositivos não se conseguem responsabilizar e nem garantir o cuidado integral.

Na busca por uma ação completa ou integral, procura-se por uma interação positiva entre usuários, trabalhadores e instituições, que se desenvolve a partir de um tratamento humanizado, digno, respeitoso, com acolhimento e vínculo, conforme preconiza Pinheiro (2004).

4.2.3. Qualidade da Assistência: as percepções dos usuários e profissionais

Alguns pesquisadores, como Gomes *et al.*, (1999); Nemes *et al.*, (2004) indicam que a qualidade da assistência às pessoas com HIV/AIDS pode ser, a princípio, representada pelo *acesso* ao serviço de saúde, bem como às técnicas de diagnóstico e terapêutica. Contudo, Nemes *et al.* (2004, p. 312) chamam atenção para o fato de que a valorização isolada do acesso, enquanto indicador de universalidade, pode levar a falsas premissas, como a defesa de um modelo centrado no atendimento mais imediato e simplificado das demandas que descaracteriza a complexidade das ações envolvidas na assistência. Assim, além do acesso, a qualidade da assistência refere-se também ao processo do cuidado em sua amplitude e complexidade, articulando os preceitos da integralidade aos da universalidade.

Para isso, este estudo buscou analisar a qualidade da assistência prestada na Clínica de Infectologia a partir de aspectos relacionados ao **acesso, continuidade do cuidado, relação profissional-usuário, satisfação dos usuários**.

- **Acesso:**

Em relação a essa variável, a percepção dos usuários, quando perguntados sobre o acesso à Clínica de Infectologia, foi, de modo geral, de que não encontraram dificuldades para o agendamento da primeira consulta. O tempo de espera entre o agendamento e a consulta foi considerado reduzido por todos os entrevistados. Deste modo, há um reconhecimento tanto dos profissionais quanto dos usuários de que não existe dificuldade no acesso à Clínica 8A.

“Aqui na Clínica 8A eu não tive dificuldade de acesso não” (Usuário 05).

“O atendimento foi rápido, na semana seguinte já estava me consultando” (Usuária 06).

“Não tive dificuldade nenhuma no acesso” (Usuário 03).

“Aqui na Clínica 8A não tive problema não, pelo contrario, as pessoas agendaram o mais rápido possível” (Usuário 01).

“Não considero difícil ter acesso aqui não” (Auxiliar de Enfermagem)

A realidade da Clínica acerca da garantia e facilidade do acesso é inclusive comparada pelos usuários em relação aos outros serviços de saúde.

“Eu percebo diferença do atendimento daqui dos outros serviços. Eu fui ao oftalmologista por indicação da Dra., fiquei de novembro a março para conseguir marcar. Consegui marcar por interferência da assistente social. Daí marcaram para quatro de abril” (Usuário 01).

Em relação ao acesso aos medicamentos, os usuários entrevistados avaliam positivamente o serviço de saúde no que tange ao acesso aos ARV, *“os remédios que eu tomo para a doença nunca faltaram”* (Usuário 07). Essa situação é confirmada pela assistente social quando relata que *“Nunca aconteceu de um usuário precisar de remédio e sair daqui sem ele”*.

Já o mesmo não foi dito em relação aos exames laboratoriais de CV e CD4, *“houve época que não tinha kit para gente fazer os exames... já fiquei mais de um ano sem fazer exame”* (Usuário 07), como também, aos medicamentos para doenças oportunistas *“nem todos os remédios para as doenças oportunistas são garantidos”* (Usuário 03). Apesar dos usuários lembrarem da falta de kit para a realização de exames laboratoriais de rotina, essa situação foi normalizada desde 2007, com a mudança de laboratório e a disponibilidade de cotas de exames para cada unidade de saúde pelo programa municipal de HIV/AIDS.

“Agora não temos mais problemas com os exames de CD4 e CV. Desde que eles mudaram de hospital, a gente já sai da consulta com o exame agendado, e não demora mais. Por exemplo, hoje eles marcaram para eu fazer exame a semana que vem” (Usuário 03).

Conforme destacam Nemes *et al.* (2004), o acesso aos medicamentos ARV na Clínica de AIDS reflete “o sucesso do programa de AIDS, que pode ser atribuído à garantia de acesso universal aos medicamentos. A universalidade, conquistada na oferta de assistência e de medicamentos aos que vivem com HIV/AIDS, representa a efetivação de um dos mais caros princípios do SUS e um dos pilares de sua política assistencial para todas as áreas”.

- **Continuidade do cuidado:**

Apesar da unanimidade dos usuários em afirmar que não enfrentaram restrições no acesso ao serviço de saúde, alguns deles demonstram preocupação com a continuidade do cuidado na Clínica. Isso, pelo fato da alteração do agendamento das consultas subseqüentes, que antes era mensal, e desde 2007 passou a ser trimestral. A alegação para essa mudança é o reduzido número de médicos, em função do afastamento destes profissionais por aposentadoria. Diante dessa situação, para conseguir atender o contingente de usuários inseridos na Clínica, a estratégia utilizada foi aumentar o tempo entre o agendamento das consultas.

“Agora eu tô até preocupado por causa dessas consultas espaçadas, por causa dos profissionais que estão se aposentando. Por exemplo, eu vim aqui hoje [final de junho] e só fui marcado para setembro” (Usuário 03).

“A gente sabe que aqui faltam médicos, principalmente por que alguns já se aposentaram” (Usuária 06).

“Pelo que eu ouço falar, aqui tá passando por muitos problemas, principalmente a falta de profissionais” (Usuária 04).

“Antes eu tinha consulta todo mês. Mas como os médicos estão atendendo uma quantidade grande de pacientes e para dar conta, acabam tendo que agendar as consultas a cada três meses. A quantidade de pacientes que ela atende interfere no atendimento... Por que eu acho que a gente não deveria ficar tanto tempo sem consultar” (Usuária 07).

“O que está acontecendo aqui nos últimos anos, são os médicos se aposentando, e com isso eles estão com menos tempo para atender a gente” (Usuário 05).

A preocupação com a continuidade do cuidado é observada também em relação aos recursos externos ao serviço.

“Aqui na Clínica a gente consegue ter uma boa assistência. O complicado é quando temos que procurar outro serviço, você fica andando de um lado pro outro. Se você não tiver uma desenvoltura, não correr atrás, ou se os profissionais daqui não ajudam a conseguir, você acaba desistindo de cuidar da sua saúde” (Usuária 06).

“De modo geral tentamos fazer contato telefônico ou fazemos por escrito o pedido, aí o paciente vai marcar. Eu particularmente, não tenho muitas dificuldades de conseguir... Paciente que às vezes vem e está com dificuldades, a gente tem setor de marcação de consulta, e a responsável por ver que é daqui, tenta abrir vaga, dá o jeito dela e a gente sempre consegue” (Assistente Social).

- **Relação profissional-usuário**

A relação profissional-usuário na Clínica de Infectologia é considerada um diferencial por todos os usuários. Uma das características positivas dessa relação apontada pelos usuários refere à postura comprometida, responsável e respeitável dos profissionais.

“Eu acho a relação com os profissionais daqui boa, muito boa. Eles me tratam muito bem, me dão atenção, me atendem quando preciso” (Usuário 08).

“A amizade dos profissionais, a forma como eles tratam as pessoas é muito positivo” (Usuário 05).

“O fato de termos amizades com os profissionais daqui faz com que o tratamento seja fácil, como se eu tivesse indo ao clínico geral” (Usuária 06).

Mesmo aqueles usuários que se queixam do atendimento médico, avaliam positivamente a relação com todos os profissionais – inclusive com o médico – e utilizam essa característica dos profissionais da Clínica para comparar os atendimentos com outros serviços de saúde.

“Os profissionais daqui me dão atenção, não são preconceituosos. Eu acho ótima. A Dra. sempre que pode me dá muita atenção. A relação sempre foi e continua sendo muito boa” (Usuário 03).

“Uma vez eu fui a um cardiologista aqui que me atendeu muito rápido, não deixou nem eu falar o que estava sentindo. Aqui é diferente, eles dão atenção, conversam” (Usuário 02).

“Em outros lugares o profissional nem te olha... Aqui eu já sou conhecido. Então aqui é melhor que em outras clínicas. Por exemplo, com as nutricionistas eu não preciso nem marcar, porque eu já criei uma amizade... Quando eu preciso de laudo, eu venho aqui e solicito e depois passo para pegar e quando chego já está pronto” (Usuário 07).

“Eu não gostei nada do atendimento do profissional que consultei em outra Clínica. Ele foi muito bruto, ríspido” (Usuário 08).

- **Satisfação dos usuários**

A percepção dos usuários acerca da assistência à saúde na Clínica de AIDS, bem como dos profissionais foi predominantemente positiva. Como fatores que contribuíram para essa avaliação, destacam-se: o acesso ao serviço, o tratamento digno, humanizado e respeitoso dos profissionais, a capacidade de formação de vínculos, as atividades desenvolvidas pelos profissionais.

“O diferencial daqui da clínica é essa visão humanizada que os médicos têm da saúde, que todos os profissionais têm” (Usuário 01).

“Eu percebo que os profissionais daqui tratam a gente muito bem, com educação. O psiquiatra é muito atencioso, ouve a gente, nossos problemas. Eu vejo como ele trata as pessoas... trata com dignidade, ele não discrimina” (Usuário 04).

“No outro serviço que eu fazia tratamento não tinha essas atividades que tem aqui, nem a equipe de profissionais daqui. Pelo menos no período que fiquei lá não vi nada. Eu só ia lá para a consulta médica e para pegar remédios” (Usuário 03).

“Eu gostava muito do Grupo, achava muito bom. A gente trocava experiências, falava do tratamento, o que era bom fazer, fazia amizade com os colegas. Mas acabou, porque o psiquiatra vai se aposentar, ele que coordenava” (Usuário 05).

“Tem a filмотeca, tem passeios, tem os encontros em datas comemorativas. As festas são boas, nós necessitamos de lazer, carinho, atenção, e esses encontros proporcionam isso” (Usuário 07).

“Aqui na Clínica você tem um atendimento humanizado, as pessoas são solidárias... Apesar de todos esses problemas estruturais, administrativos e físicos isso ainda se consegue aqui... Os profissionais daqui, eles tentam imprimir uma dinâmica humanitária e solidária... Mesmo apesar dos problemas” (Usuário 06).

“Eu acho que o atendimento aqui é bom, porque integra os pacientes e a equipe da clínica. As atividades que tem aqui faz com que o usuário não pense que só porque tem HIV não tem mais jeito, mas sim que eles podem participar de tudo integralmente” (Auxiliar de Enfermagem).

“Aqui na Clínica eu acredito que se forma vínculo entre os usuários e profissionais. E um dos fatores que contribui, é o fato de cada usuário ter um médico de referência... Eu acho que isso ajuda a formar vínculo entre eles” (Assistente Social).

Embora no geral, a avaliação tenha sido positiva, os usuários criticaram alguns aspectos da atenção à saúde, como: sobrecarga de trabalho dos profissionais, grande demanda, falta de médicos, dificuldades nos encaminhamentos a outros especialistas externos à unidade e insuficiência do espaço físico. Dentre estes aspectos considerados negativos pelos usuários entrevistados, a falta de médicos é especialmente destacada como condição importante que prejudica a qualidade da assistência aos usuários.

“O que vejo de negativos são os médicos se aposentarem, como o ex-coordenador. Ele vai fazer muita falta aqui! Pra todo mundo” (Usuário 04).

“Os médicos atendem uma quantidade grande de pacientes e para dar conta, acabam tendo que agendar atender rápido. A quantidade de pacientes que ela atende interfere no bom atendimento... Tendo muitos pacientes interfere, porque fica muito corrido” (Usuária 06).

4.3. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

4.3.1. Processos de Trabalho e Trabalho em Equipe

Com base no entendimento de Bonaldi *et al.* (2007), de que a integralidade se expressa nas práticas e que estas são produzidas sempre a partir de relações entre os atores – profissionais, usuários e gestores, nos serviços de saúde, esta subdimensão se propôs a delinear os processos de trabalho, bem como o trabalho em equipe como dispositivos para a efetivação da integralidade em saúde.

A assistência à saúde das pessoas com HIV/AIDS na Clínica de Infectologia, no período de 1985 a 1995, foi centrada no modelo hegemônico biomédico, ou seja, reduzida no saber e fazer do profissional médico.

“Era um grupo de médicos e uma enfermeira. Eles tinham uma visão muito restrita. O importante era o médico. De 1985 a 1994 trabalhou com essa visão dispersa, sem interdisciplinaridade. O paciente era um vírus” (Gestor Local).

Portanto, o modelo de produção de saúde da Clínica 8A estava em consonância com uma tendência histórica na área da saúde, pautado na hegemonia do profissional médico.

A partir de 1998, com a mudança na gestão, a Clínica passou a estruturar o trabalho em equipe multidisciplinar.

Com a nova coordenação foi desencadeado um processo de reformulação da proposta de trabalho da Clínica, favorecendo a expansão de novo enfoque de trabalho, privilegiando aspectos como humanização do atendimento, maior participação do usuário no cotidiano da Clínica e resgate dos direitos de cidadania, com ênfase numa proposta de trabalho multidisciplinar (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROJETO CLÍNICA 8A, 2002, p. 13).

Bonaldi *et al.* (2007) adverte que pensar/viver a integralidade a partir do trabalho em equipe, aponta para a necessidade de ruptura de valores tradicionais historicamente demarcados no campo da saúde, como: hierarquia, distribuição de categorias profissionais, compartimentalização de saber/fazer. Portanto, trabalhar em equipe pressupõe mais do que diferentes categorias profissionais atuando no mesmo espaço, ou no mesmo “objeto”/alvo da intervenção: pressupõe a tessitura de um saber-fazer comum, um *fazer com* (BONALDI *et al.* 2007, p. 56).

Nesse aspecto, a própria coordenação que assumiu o desafio de estruturar o trabalho em equipe, tinha clareza que a composição multiprofissional de uma equipe não representava em si a garantia de uma assistência interdisciplinar, podendo se reconhecer diferentes graus de integração. Assim, a estruturação da equipe de saúde numa tendência multidisciplinar foi sendo construída aos poucos ao longo desses 10 anos, passando por diversos contextos e conformações.

Uma particularidade nesse processo que vale a pena salientar, uma vez que se acredita que contribuiu positivamente na construção do trabalho em equipe, está relacionada à pelo

menos duas características do coordenador que assumiu a Clínica de Infectologia a partir de 1998. Uma delas diz respeito à sua vasta experiência em trabalho em equipe e à sua convicção de que as práticas em saúde devem romper os modelos historicamente construídos, pautados na fragmentação e hierarquização do saber e fazer profissional, e se estruturar numa perspectiva de valorização e horizontalização dos diferentes saberes e práticas.

“Uma coisa eu aprendi na FUNABEM, onde o forte é a questão social, os meninos poderiam ter problemas pedagógicos, psiquiátrico, mas social, todos eles tinham. Numa instituição de saúde logicamente o forte, o que o paciente vem buscar é o atendimento médico, mas não quer dizer que esse atendimento seja mais importante que os outros, ele pode ser o eixo e os outros têm que atuar juntos” (Gestor Local).

A outra característica está relacionada à inserção simultânea desse profissional na Coordenação do PAM Antônio Ribeiro Netto. A ocupação neste cargo colocou o Coordenador da Clínica numa posição estratégica, que permitiu estabelecer contato com o conjunto dos profissionais inseridos na unidade de saúde, e assim, identificar aqueles que tinham o perfil para desenvolver um trabalho em equipe.

“Quando eu era coordenador do PAM, eu passei pelos três turnos, tinha contato com todos os profissionais. E nós, que temos a visão da interdisciplinaridade, não dá para se contentar tendo só o médico como profissional. Foi assim que fui convidando os profissionais para compor a equipe” (Gestor Local).

Assim, com base nessas características do coordenador que a equipe de saúde da Clínica de Infectologia foi se conformando. *“O ex-coordenador foi mobilizando o pessoal e foi chegando outros profissionais”* (Nutricionistas).

Ao longo desses 10 anos, o trabalho em equipe teve diferentes desenhos e inserção de profissionais com distintas formações. Em alguns momentos, a equipe contou com a participação de um psicólogo, seis médicos clínicos e um psiquiatra, uma assistente social, um estagiário de serviço social, e um técnico e dois auxiliares de enfermagem, além de voluntários de educação física, pedagogia, nutrição e serviço social. Em outros, a equipe deixou de ter psicólogo, estagiário de serviço social e voluntário de educação física e serviço social.

“Teve uma psicóloga que ficou aqui por dois anos, um professor de educação física e uma assistente social que eram voluntários. Sempre brigamos para ter uma assistente social só para este setor. Assim foi se formando nossa equipe...” (Gestor Local).

Atualmente a Clínica 8A possui uma equipe multidisciplinar que realiza o cuidado aos usuários com HIV/AIDS, composta por seis médicos - sendo um psiquiatra, dois infectologistas, dois clínicos³⁹ e um homeopata; uma assistente social; dois auxiliares e um técnico de enfermagem; uma auxiliar administrativa; e uma pedagoga e duas nutricionistas que atuam como voluntárias. A Coordenação da Clínica ficou, no período de 1998 a início de 2008, a cargo do médico psiquiatra, que se afastou desta função em virtude do processo de aposentadoria. A partir de 2008 a gestão da Clínica foi assumida por uma médica infectologista, também membro da equipe.

A assistência à saúde dos usuários acompanhados na Clínica se dá por meio de atendimentos individuais agendados, atendimentos às demandas espontâneas, bem como através de atividades em grupo.

Cabe mencionar, que além dos diferentes desenhos que a equipe de saúde assumiu ao longo desses últimos dez anos, conforme já mencionado, as ações em saúde destinadas à população também foram realizadas de diferentes formas, especialmente no que tange às atividades em grupos. Os processos de trabalho dos profissionais de saúde da Clínica 8A na assistência à saúde dos usuários se dão, no momento presente, da seguinte forma:

Os médicos realizam atendimentos individuais aos usuários previamente agendados ou em demandas espontâneas – atendimentos extras – e são responsáveis pela avaliação e acompanhamento clínico dos usuários, além de orientação ao tratamento. Dentre suas incumbências estão: avaliação clínica, solicitação de exames, prescrição de medicamentos, elaboração de laudos e encaminhamentos clínicos.

O psiquiatra encontra-se atualmente, como já mencionado, em fase de desligamento formal da Clínica, em virtude do seu processo de aposentadoria, portanto, reduziu sua carga horária, afastou da coordenação, deixou de realizar a atividade em grupo e passou a atender somente individualmente os usuários e familiares, a fim de contra referenciá-los para outros

³⁹ No período da pesquisa de campo um dos clínicos estava de licença médica, e ventilavam-se a possibilidade de aposentadoria deste profissional.

serviços de saúde mental. Mas no período de 1995 a 2008 realizava atendimento em grupo com os usuários e familiares, através do “Grupo de Convivência⁴⁰”. *“Logo que eu cheguei aqui (outubro/1994), no ano seguinte, eu observei que os pacientes tinham muita coisa em comum. E vendo as vantagens do trabalho em grupo, formei um das pessoas portadores e familiares”* (Gestor Local). E de 1998 a 2008 exerceu a coordenação da Clínica.

A assistente social realiza atendimentos individuais e em grupo. Os atendimentos individuais são realizados aos usuários agendados, como também em demandas espontâneas. As atividades em grupo⁴¹ são realizadas a partir do grupo de recepção, grupo de adesão, grupos de apoio – artesanatos e sala de espera, filmoteca, passeios, além de festas comemorativas. Segundo a Assistente Social, essas ações visam:

“Privilegiar a maior participação dos usuários no cotidiano da assistência que lhe é oferecida, e tem por objetivos prestar orientações no que tange os direitos sociais dos usuários, avaliar as relações familiares, contribuir para a identificação e (re) construção das redes de apoio social” (Assistente Social).

As nutricionais desempenham seus processos de trabalho a partir de atuações individuais e em grupo, além de atendimentos domiciliares aos pacientes que não estão em condições de comparecer à unidade de saúde. Os atendimentos individuais ocorrem uma vez por semana, com os usuários agendados, ou em demandas espontâneas. As atividades em grupo acontecem a partir do “grupo de recepção da nutrição”, destinado aos usuários de primeira vez, bem como aos familiares - Essa atividade é realizada uma vez ao mês, com objetivo de esclarecer o trabalho da nutrição no contexto da assistência à saúde. Como também, das conversas informais na sala de espera.

“O grupo de recepção da nutrição tem a finalidade de esclarecer um pouco o que era o serviço de nutrição. As pessoas achavam que o nutricionista era aquela pessoa malvada que iria tirar o direito de comer e daria uma tabela para emagrecer, então nós resolvemos fazer o grupo de recepção, para falar o que era nutrição, saber da expectativa das pessoas. Uma vez por mais fazemos o atendimento em grupo, e nos outros três dias que estamos aqui, atendemos os pacientes individualmente” (Nutricionistas).

⁴⁰ A denominação “Grupo de Convivência” foi dada pelo psiquiatra no momento da entrevista, contudo, outros nomes para essa mesma atividade foram encontrados. Na fala dos usuários, estes chamam de “Grupo de Adesão”. No Projeto de intervenção da Clínica consta “Grupo Misto”.

⁴¹ Essas atividades em grupo fazem parte do protocolo de atendimento da Clínica (Projeto de intervenção – 2002) e são coordenadas pela assistente social. A filmoteca teve início em 2006.

As auxiliares e técnica de enfermagem são responsáveis pela: recepção dos usuários na Clínica, avaliação do estado de saúde, inscrição (abertura de prontuário), agendamento das consultas e atividades em grupo, agendamento dos exames de CV e CD4, e pesagem e aferição da pressão arterial dos usuários.

Conforme já mencionado, o trabalho em grupo na Clínica teve início em 1995, com a criação do “grupo de convivência”, que durante 10 anos foi coordenado pelo psiquiatra, com a participação de uma assistente social voluntária. Os outros grupos⁴² foram implementados a partir do Projeto de intervenção da Clínica em 2002, e são coordenados pela assistente social. O planejamento dessas ações fica a cargo dessa profissional, embora estimule a participação dos usuários e profissionais nesse processo. De maneira geral, os profissionais de outras áreas não participam da organização dessas ações. Somente em casos isolados, os médicos, nutricionistas e enfermagem compartilharam da realização das atividades em grupo.

“A assistente social promove festas, passeios, onde alguns profissionais interagem. Tem também o grupo de adesão onde há debates. Mas essas idéias partem dela. Os pacientes são unidos nesses projetos da assistente social, mas nem todos os profissionais participam” (Auxiliar de Enfermagem).

“A assistente social faz passeios, como no teatro municipal, festas. Ela é a que mais consegue coisas para gente, é ela que organiza junto com os pacientes. Isso faz parte do tratamento...” (Usuário 03).

“O grupo de adesão era todas às quintas-feiras, das 15h às 18h. O psiquiatra que era o responsável. Às vezes outros médicos participavam, quando terminavam de atender, e tinham tempo. As nutricionistas já participaram e a assistente social também, mas não era sempre. Sempre era o psiquiatra” (Usuário 08).

“O grupo foi evoluindo com a participação da enfermeira e psicóloga [...] Eventualmente os médicos participavam” (Gestor Local).

“Antes existia um grupo de recepção, que os médicos participavam. Mas isso acabou e agora o grupo de recepção é com o serviço social. Faz uns 4 anos que os médicos não participam desse grupo” (Auxiliar de Enfermagem).

⁴² Lembrando, esses grupos são: grupo de recepção, grupo de adesão, grupo de familiares, sala de espera.

Em relação a pouca participação dos profissionais médicos nas atividades em grupo, a assistente social comenta que:

“A gente percebe que os médicos não são adeptos ao trabalho em grupo. Eles estão mais vinculados na questão do atendimento individual mesmo. O trabalho deles aqui é focado nas consultas. Teve época que no grupo de recepção participava eu e um médico. Mas hoje isso não acontece. Os médicos deixaram de participar alegando que não tinham disponibilidade. Eventualmente o médico participa do passeio. As enfermeiras vão mais aos passeios” (Assistente Social).

De modo geral, os profissionais da Clínica não restringem o cuidado em saúde à ação de um único profissional, e reconhecem que todos os profissionais são responsáveis pela assistência.

“Todos nós devemos estar gerindo esse cuidado, cada um no seu fazer. Não existe um profissional que seja responsável sozinho. Aqui nós somos uma equipe. Há uma responsabilidade da equipe nesse sentido” (Assistente Social).

Esse sentimento apontado pela assistente social corrobora com a afirmação de Bonaldi et al.(2007, p. 61) *“de que o reconhecimento dos diferentes profissionais são fundamentais para a realização da assistência e reforça a noção de pertencimento à equipe de saúde, produzindo uma outra forma de comprometimento que rompe as fronteiras de seu saber específico ou de um campo de atuação definido”*.

Com base nessa concepção, pode-se afirmar que os profissionais e o ex-gestor reconhecem a necessidade do trabalho em equipe, da cooperação entre os profissionais com objetivos de atender as necessidades dos usuários e procuram, de maneira geral, desempenhar suas ações em conjunto com outros profissionais.

“Os médicos têm um número de pacientes para atender, mas tem um suporte. Tem assistente social, nutricionistas, psiquiatra... Então ele não está sozinho, pode estar dividindo com outros profissionais. Ele não fica tão assoberbado, por que se divide a responsabilidade” (Nutricionistas).

A integração entre os profissionais de saúde nas diferentes etapas dos processos de trabalho, acontece desde as reuniões sistemáticas de equipe e de encontros informais⁴³ entre os profissionais, até as atividades em grupo, conforme abordado acima.

“Fora do espaço da reunião a gente discute muito casos de pacientes, ali na salinha. A gente chama o médico, conversa sobre o paciente. Eu procuro o médico no consultório, eu pergunto. Às vezes eles estão com algum problema com algum usuário, eles me passam, pedem para eu atender” (Assistente Social).

Nas falas dos profissionais é possível perceber o quanto consideram importante as reuniões de equipe, e acreditam que as mesmas podem contribuir com o planejamento das ações de saúde, com a troca entre os profissionais, com a tomada de decisões, soluções de problemas, e também com a melhoria da qualidade da assistência.

“À medida que você tem uma reunião de equipe, onde você discute os problemas do paciente, do serviço, contribui para melhorar a qualidade do atendimento” (Nutricionistas).

Entretanto, vale salientar, que essa interação entre os membros da equipe também passou por várias fases na Clínica durante os últimos 10 anos e, especialmente no último ano, sofreu um impacto importante, com a saída do psiquiatra da coordenação da Clínica e o afastamento espontâneo de alguns profissionais, conforme foi apontado em alguns depoimentos.

“No início fazíamos uma reunião mensal para conversar como o que precisava ser feito. As reuniões sempre extrapolavam o horário porque era muita coisa para se conversar. Por fim, passou a ser semanal, todas as segundas pela manhã. Tivemos a fase áurea, fomos amadurecendo, mudando o contexto...” (Gestor Local).

“Eu acho que a gente tá passando por um período delicado, por que tivemos momentos que a gente sentava sim, discutia os casos. A gente teve momentos que a gente identificou que tinha uma paciente que não queria tomar medicamentos, ela rejeitava o tratamento, estava só adoecendo, aí a gente sentou junto, sentou eu, o psiquiatra e a médica, junto com ela e a família. E foi uma experiência riquíssima. A gente

⁴³ Esses espaços são caracterizados pelos profissionais como aqueles momentos em que estes se encontram no interior da Clínica, e acabam tratando de algum assunto pertinente à assistência, seja a respeito de alguma necessidade do usuário, alguma questão burocrática, dentre outras.

teve momentos assim, de sentar, de discutir os casos. A gente teve momentos da gente ir fazer visitas na casa do paciente, eu e a nutrição, e depois discutir com o médico. Isso fazia parte da dinâmica do atendimento. Então já tivemos esses momentos... Mas agora por conta da saída de alguns profissionais, mudaram o dia, e tava havendo dificuldade do pessoal se reunir, na verdade agora que retomou” (Assistente Social).

Até 2007 as reuniões de equipe eram realizadas semanalmente. Nestes espaços tratava-se de questões como, estudos de casos clínicos, informações administrativas, planejamento das ações, estudos de temas relativos ao HIV/AIDS, e abrangia todas as categorias profissionais (assistentes sociais, enfermagem, médicos, nutricionistas e psiquiatra), refletindo assim, a estrutura horizontalizada da equipe de saúde.

“Religiosamente, há anos, as reuniões eram as segundas. Elas faziam parte do calendário oficial da Clínica. As reuniões já foram muito mais ricas... Teve época que a gente discutia textos, assistia filmes juntos, as reuniões eram super bacanas” (Assistente Social).

“Na reunião participava todos os profissionais... A nutrição que participava menos, por conta da carga horária delas. Aqui eles chamavam a gente para ir às reuniões, o coordenador sempre vinha chamar a gente, sempre fez questão que a gente participasse” (Auxiliar de Enfermagem).

A partir do presente ano, em virtude dos acontecimentos apontados, os espaços das reuniões sofreram esvaziamento, tanto no que refere a participação dos profissionais, quanto nas questões discutidas.

“Hoje, muita coisa tem acontecido aqui na clínica... Houve um desgaste muito grande com a saída de alguns profissionais, que os profissionais estão com dificuldade de se juntar, de reorganizar o trabalho” (Assistente Social).

“Nesse ano pra cá, as reuniões de equipe estão acontecendo as terças, às 13h e nem sempre tem acontecido. Hoje a gente vem tentando de certa forma retomar. Nas reuniões a gente tem discutido os assuntos administrativos da clínica, e poucos casos de pacientes. A tônica da última reunião, por exemplo, foi muito a questão administrativa, de reorganizar. A gente discutiu um caso só” (Assistente Social).

Nos discursos dos profissionais é possível perceber a preocupação com os rumos que o trabalho em equipe está adotando.

“Eu percebo que as pessoas estão mal com os acontecimentos da Clínica... Agora eu não sei quanto tempo a gente leva para reconstruir isso... E não sei se a gente vai recuperar como a gente era...” (Assistente Social).

Em relação ao trabalho em equipe na Clínica de AIDS foi possível perceber que este já passou por momentos diferentes ao longo desses anos. Embora existam espaços de interações entre os profissionais, dentre eles, as reuniões de equipe, isso nem sempre foi suficiente para garantir que o trabalho em equipe se concretize numa perspectiva interdisciplinar. De acordo com a fala dos profissionais, em algumas fases, a relação entre eles era pautada numa perspectiva de cooperação, de troca, de diálogo, e por isso acreditam que nessa época a equipe de saúde alcançou uma concepção interdisciplinar. Contudo, em outros momentos, em virtude das dificuldades enfrentadas, como por exemplo, a sobrecarga de trabalho dos profissionais, em detrimento da quantidade de usuários inscritos na Clínica em relação ao número de profissionais que compõe a equipe de saúde, e ainda, a postura de alguns profissionais do não compartilhamento de suas práticas, a equipe se configurou numa tendência multidisciplinar.

“Se você me perguntar se temos espaço, eu vou dizer que temos sim, existe um espaço formal, que é a reunião de equipe. Mas efetivamente essa troca nem sempre acontece. Às vezes as questões burocráticas ocupam o maior tempo da reunião, e o tempo para a discussão dos casos, nem sempre é suficiente. Ainda mais pela quantidade de usuários que a gente tem aqui. Chega a acontecer com um ou outro usuário, mas deixa muito a desejar... É assim que percebo. Dentro dos limites a gente troca sim... Um exemplo: se a gente trabalha aqui a adesão, aliás, o foco de todos os profissionais é com a adesão, e um usuário troca a medicação, e a gente nem sempre é informada disso, dessa troca. Então eu percebo que a gente acaba cada um fazendo seu trabalho, isoladamente. Não existe sempre um diálogo entre os profissionais para discutir a saúde de todos os usuários” (Assistente Social).

4.3.2. Condições de Trabalho

Usuários, profissionais e gestor foram unânimes na menção de que nem sempre as condições de trabalho são condizentes para a realização dos processos de trabalho. Dentre as dificuldades enfrentadas, destaca-se especialmente o déficit de profissionais - médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros.

“Em relação ao atendimento, poderiam ter mais profissionais para atender essas pessoas. Só uma assistente social fica difícil. Deveria ter mais uma assistente social, uma psicóloga, uma enfermeira, para trabalhar a adesão” (Médica).

“A gente sabe que aqui faltam médicos... Agora então, com alguns se aposentando” (Usuária 06).

“Eu percebo que existe uma sobrecarga de trabalho muito grande... Na verdade, a gente trabalha em condições muito deficientes, como por exemplo, a falta profissional” (Assistente Social).

O ex-coordenador refere que, embora a gestão municipal adote o discurso de que a interdisciplinaridade é importante, não dá condições de formar uma equipe de saúde e a preocupação central dos gestores é com a produtividade. Inúmeras solicitações foram feitas, principalmente em relação à resolução do número reduzido de profissionais que compõe a equipe de saúde. Contudo, a direção da unidade de saúde não manifesta sinal de preocupação com as deficiências de recursos humanos da Clínica.

“A visão da secretaria municipal, embora verbalmente eles digam que a interdisciplinaridade é importante, eles não dão condições de formar uma equipe. Foi uma briga para ter a assistente social aqui. A gente sempre ta solicitando profissionais para a direção [...] Na verdade a preocupação da direção é com a produção. Eles até implicavam com a reunião que fazíamos toda semana, dizendo que tínhamos que atender pacientes para colocar na estatística” (Gestor Local).

Essa situação é confirmada também pelos discursos dos usuários, como pode ser visto abaixo.

“Eu acho que faltam profissionais em todas as áreas, o psiquiatra está saindo, a médica Y sairá também, tem muito profissionais se aposentando e não colocam outros no lugar” (Usuário 03).

“O ex-coordenador e a assistente social nas reuniões de grupos explicaram a situação crítica que a clínica 8A se encontra. Disseram que estavam preocupados, que do jeito que estava indo a clínica, ela poderia fechar. Eles chamaram os pacientes para lutar junto com eles, para fazer passeatas, para ir ao Conselho de Saúde. E levaram a situação para a direção do PAM, para o programa de AIDS” (Usuário 01).

Em virtude desse déficit de profissionais, a sobrecarga de trabalho é percebida tanto pelos profissionais quanto pelos usuários, acarretando, como consequência, limites e prejuízos à qualidade e integralidade da assistência.

“Os médicos atendem uma quantidade grande de pacientes e para dar conta acabam tendo que atender rápido. A quantidade de pacientes que ela atende interfere no bom atendimento e tendo muitos pacientes interfere porque fica muito corrido” (Usuária 06).

“As condições de trabalho são precárias. A gente trabalha de uma forma muito deficiente... A gente também não consegue ter nossas necessidades atendidas enquanto profissional [...] Hoje, muitas das pessoas reclamam do atendimento médico, no sentido de que eles não dão atenção, as consultas são rápidas. E isso tem haver também com a sobrecarga de trabalho” (Assistente Social).

Mattos (2001) aponta que quando a configuração das práticas em saúde assume a forma de um encontro entre os profissionais (médico, enfermeiro, psicólogo ou agente de saúde) com um usuário, caberá quase que exclusivamente a esse profissional (e, portanto a suas posturas) a realização da integralidade. Mas, mesmo nesses casos, há que se reconhecer que a maneira como as práticas estão socialmente configuradas, pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade. Um exemplo que esse autor apresenta são as cobranças de produtividade, que podem impedir que se preste um atendimento integral, como é o caso, de certo modo, da Clínica de Infectologia.

O espaço físico da Clínica já foi alvo de críticas por parte dos profissionais e usuários, tanto no que refere à carência de salas para atendimento, quanto às condições estruturais. No entanto, dois fatores contribuíram para melhorar essas situações. Um deles foi a pintura das salas de atendimento e sala de espera, bem como a compra de mobiliário para equipar a Clínica, realizadas com o dinheiro recebido dos prêmios⁴⁴. *“A parte física melhorou por que nós ganhamos o dinheiro do prêmio, e então pintamos as salas, compramos esses móveis”* (Assistente Social). O outro fator foi a reorganização dos dias de atendimentos dos médicos, bem como a saída de alguns profissionais, que possibilitou a disponibilidade de salas para o conjunto dos profissionais.

⁴⁴ Ao todo a Clínica recebeu três prêmios: 1º - Prêmio da Sociedade Brasileira de Infectologia e Laboratório Bristol, na categoria Equipe Multidisciplinar, em 2005. 2º - Prêmio da Sociedade Brasileira de Infectologia e Bristol, na categoria de projeto, em 2007. 3º - Prêmio Nacional de Adesão do Ministério da Saúde, em 2007.

“Eu não tinha sala de atendimento. Eu atendia na sala que estava desocupada no momento. Com a saída do psiquiatra, essa sala que era dele, passou a ser minha. Eu acho que cada profissional deveria ter sua sala, seu espaço. A equipe tem ao todo 05 médicos, sendo que tem uma que está afastada por motivo de saúde, além de nutricionista, assistente social, enfermagem. As salas acabam dando por que há uma organização dos horários de modo que nem todos os médicos atendem no mesmo dia e horário” (Assistente Social).

Uma questão importante apontada pelos entrevistados refere-se às dificuldades que a Clínica já enfrentou em relação ao acesso aos exames, insumos (preservativos) - que hoje não existe limitações para esses recursos, mas ainda existe para os medicamentos destinados às doenças oportunistas.

“Antigamente os exames demoravam a serem feitos. Carga viral e CD4 eu já fiquei um ano e meio sem fazer exame... uma época que não tinha kit” (Usuário 03).

“Muitas vezes a gente tem antiretroviral, mas não tem a medicação complementar. Já houve época que faltava preservativos, kit para fazer exames de CV e CD4” (Assistente Social).

“Em relação aos recursos materiais, acredito que é precário. Por exemplo, não tem variedade de remédios, às vezes faltam remédios para as doenças oportunistas” (Usuário 06).

“Agora de uns tempos pra cá, quando passou para o Hospital Y nunca mais faltou. Semana passada quando vim para a consulta marcaram para fazer os exames na próxima semana. Com essa mudança, agora aqui mesmo eles que marcam, a gente já sai daqui sabendo o dia que iremos fazer os exames, não precisamos ir lá e não demora como antes” (Usuário 04).

“Atualmente não falta nenhum dos dois, nem exames, nem preservativos. Hoje, em relação aos exames, a gente diariamente garantida 20 vagas para os nossos pacientes fazer esses exames, as vezes sobra vaga” (Assistente Social).

“Os exames de CV e CD4 agora eles já saem daqui marcados, e não demora mais como antes. Raio x ou outro exame é aqui que eles fazem. Demora um pouco.... Só se os médicos pedirem urgência que sai mais rápido. Se eles precisarem de outros tratamentos clínicos, todos são feitos aqui no PAM mesmo. Eles saem daqui encaminhados e vão lá marcar. Às vezes a Assistente Social faz contato por telefone para marcar em outros lugares que não temos aqui” (Auxiliar de Enfermagem).

Nos depoimentos dos usuários foi possível identificar também dificuldades no acesso às outras especialidades médicas. Se por um lado os usuários e profissionais consideram positivo o fato da Clínica de AIDS estar inserida num serviço de saúde que possui várias especialidades, *“aqui é uma policlínica... Em geral, as especialidades que os pacientes precisam, aqui mesmo têm”* (Assistente Social), por outro, isso não é garantia do acesso ao cuidado em virtude das dificuldades encontradas para marcação das consultas.

“Todos os médicos que me encaminharam tinham aqui no PAM. Já fui ao dermatologista, gastrologista, otorrino, oftalmologista. Só que as consultas às vezes demoram 1 mês, 2, 3, para conseguir vaga. Depende da especialidade” (Usuário 03).

“Nos outros serviços você encontra muita dificuldade. Porque você vai aos lugares e não é atendida logo, você anda muito, te empurrando para um lado e outro mandando você ir outro dia. Aqui tem que chegar de madrugada nas filas para conseguir atendimento. Por exemplo, você vai marcar ginecologista é para daqui três meses, pneumologista também” (Usuária 06).

Em virtude dessas dificuldades no acesso, a saída encontrada para uma usuária entrevistada foi a seguinte:

“Assim como existe a infectologista, assistente social, nutricionista e psiquiatra que só atendem aos portadores do vírus, também deveriam existir outras especialidades, para proporcionar um cuidado mais integral” (Usuária 06).

Uma questão considerada por todos os profissionais como positiva refere-se ao incentivo e a liberação para participar de capacitações, congressos, seminários. Durante o trabalho de campo foi possível observar essa realidade, quando médicos, assistente social se ausentaram para participar de congressos, seminários. Inclusive, com incentivo da própria direção da Secretaria de Saúde, que arcou com as inscrições dos profissionais e confecção de pôster para apresentação de trabalho científico.

Assim, a precariedade das condições de trabalho se contrapõe ao investimento na qualificação permanente dos profissionais.

Pode-se dizer, que em linhas gerais, ainda que não abranja a totalidade do seu corpo técnico, o envolvimento dos profissionais com o processo de trabalho se traduz no acolhimento, vínculo-responsabilização, tratamento digno e respeitoso dos profissionais.

Mesmo que não seja o único fator, a adesão dos profissionais ao projeto desenvolvido na Clínica 8A é condição essencial para o alcance da integralidade.

No entanto, foi possível também observar, que mesmo esse envolvimento acaba sendo afetado pelas condições de trabalho, o que pode comprometer com a qualidade da assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade da atenção à saúde é um conceito com diferentes sentidos, conforme foi mostrado na revisão bibliográfica deste estudo. E a análise do quanto ela é desenvolvida por um sistema de saúde, por um programa, por um serviço ou por um profissional de saúde é um desafio.

Nesse sentido, concorda-se com Bonaldi *et al.* (2007, p. 56) que a integralidade deve ser entendida como expressões singulares do agir em saúde, e por isso, os estudos que pretendem avaliar a integralidade das ações não devem ter a pretensão de concluir se o serviço de saúde é ou não integral, mas sim, buscar indícios de práticas de integralidade existentes nos espaços do serviço de saúde.

Assim, do ponto de vista que se abordou neste trabalho, a integralidade da atenção não pode ser encarada como atributo presente ou ausente em um determinado serviço de saúde. Ao contrário, entende-se que a integralidade e seus diversos atributos podem estar presentes em diferentes intensidades ou gradações e nos diversos momentos do cuidado em saúde. A utilização dos atributos – acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da assistência – foi considerada ferramenta importante na percepção das diferenças de processo de trabalho, uma vez que expõe características que, quando não desenvolvidas, tornam a atenção em saúde semelhante às práticas hegemônicas, empobrecendo-a, conforme criticado por Franco e Merhy (2000) *apud* Mascarenhas (2003, p. 154). Concorde-se com essa mesma autora (2003, p. 154), quando diz que “*o esforço de se caracterizar a operacionalização destes conceitos é útil para instrumentalização do processo de avaliação das práticas assistenciais em outras modalidades de atenção*”, como foi o caso do presente estudo.

Como consideração desse estudo, destaca-se que a integralidade da atenção ainda não configura uma realidade efetiva nas avaliações em saúde. Portanto, pesquisas avaliativas que tomem a integralidade como referência apresentam rico potencial analítico.

Este estudo corroborou a tendência apontada na literatura de que a forma de se pensar saúde, sob a ótica médica, ainda está pautada na valorização da doença em detrimento da saúde, como consequência do modelo médico-hegemônico, que não valoriza o aspecto relacional. Deste modo, as práticas médicas na unidade estudada ainda estão, a grosso modo,

voltadas para uma visão reducionista diante da integralidade do cuidado em saúde, uma vez que continua ainda com tendências do modelo biologicista.

Nessa perspectiva, o processo de trabalho médico ainda é operado com traços do modelo médico hegemônico, valorizando os atos produtores de saúde enquanto procedimentos, desconsiderando-se muitas vezes as necessidades de saúde da população (FRANCO; MERHY, 1998).

Em contraposição, o processo de trabalho na perspectiva da integralidade do cuidado parte de um conjunto de saberes e condições diferenciadas para que possam alcançar um sistema que seja espaço de relações acolhedoras, formadoras de vínculo e responsabilização e que garanta a qualidade da assistência.

Embora evidenciado neste estudo, por um lado, que a prática médica ainda valorize a doença em detrimento da saúde, ficou também confirmado, por outro lado, que muitos profissionais de saúde da Clínica 8A percebem a importância de não se desenvolver as atividades centradas apenas na doença, e buscam direcionar suas práticas para o cuidado em saúde que atenda às diversas necessidades dos usuários.

Nessa perspectiva, ficou claro nos discursos dos usuários que, de maneira geral, os profissionais conseguem desenvolver, nas ações assistenciais, uma relação interpessoal que possibilita uma interação entre eles, ao mesmo em que possuem uma postura responsável em relação às necessidades de saúde da população, e dessa forma as práticas em saúde são acolhedoras e capazes de formar vínculos.

Apesar da percepção de que os profissionais das outras áreas (nutrição, psiquiatria e serviço social) dão importância às práticas em saúde numa perspectiva ampliada do processo saúde-doença e na garantia do cuidado integral, percebe-se também, a insuficiência numérica de profissionais, em detrimento da grande demanda de usuários inscritos na Clínica. Essa situação revela limitações da atuação dos profissionais e, portanto, prejudica o estabelecimento do vínculo com a totalidade dos usuários, e, em consequência, pode ocorrer o enfraquecimento da proposta de mudança na atenção à saúde na perspectiva da integralidade.

Nesta pesquisa observou-se que o fortalecimento do vínculo pode estar relacionado a algumas características da organização do processo de trabalho. Uma delas é o caráter crônico da doença, o que requer um acompanhamento constante e a longo prazo. Um aspecto que

merece destaque é que os usuários que já desenvolveram a doença (com AIDS) apresentam vínculos mais estreitos com o serviço e com a equipe, se comparados àqueles com HIV.

Outro aspecto que parece importante é o fato dos usuários acompanhados na Clínica serem atendidos sempre pelo mesmo médico, contribuindo assim, para a continuidade da assistência e para que se estabeleça e se desenvolva o vínculo. Nesse sentido, a permanência do profissional médico, como também dos outros profissionais, influencia no estabelecimento de relações de confiança e favorece a construção de vínculo/responsabilização, conforme Mascarenhas (2003) chama atenção.

Outra característica encontrada na assistência à saúde das pessoas com HIV/AIDS na Clínica de Infectologia é o envolvimento dos profissionais com o trabalho realizado. Os resultados aqui apresentados foram bastante ilustrativos dessa postura. Aspectos como tratamento respeitoso ao usuário, a escuta qualificada, a visão ampliada do processo saúde-doença, a busca de resolutividade das necessidades apresentadas, inclusive com soluções intersetoriais, são alguns exemplos de como o vínculo e responsabilização passam pelo envolvimento profissional.

Por outro lado, a adesão dos profissionais ao projeto da Clínica de Infectologia está fortemente relacionada ao modelo de gestão participativa adotado pelo gestor do serviço. De fato, desde que assumiu a coordenação da Clínica, o gestor promoveu mudanças que favoreceram a incorporação de novos profissionais, o trabalho em equipe, o planejamento conjunto das ações, um novo olhar sobre o usuário (pautado agora não mais no vírus e na doença, mas no sujeito portador de direitos). Para além da participação da equipe profissional, o gestor também estimulou a participação do usuário tanto no que se refere à dinâmica institucional (inserção nas reuniões em grupo, incentivo à articulação com o Conselho Municipal de Saúde e à integração na Associação de Amigos do PAM), como também em termos do desenvolvimento do seu projeto terapêutico, implicando numa postura pró-ativa do usuário em relação ao seu tratamento.

No entanto, pode-se considerar que os pontos fortes do serviço representam, paradoxalmente, também uma de suas maiores fragilidades. Com efeito, uma preocupação recorrente é quanto à sustentabilidade do serviço com a saída do coordenador da Clínica. O afastamento desse profissional em tão pouco tempo já foi suficiente para apontar a descontinuidade de algumas ações antes empreendidas, tais como, a suspensão temporária da

reunião de equipe e sua repercussão no trabalho interdisciplinar; extinção de um espaço coletivo importante, que era o grupo de adesão, e a própria motivação da equipe. Como demonstrado ao longo do trabalho, essa preocupação se entende aos usuários.

A questão da descontinuidade do trabalho passa também pela carência de pessoal, na medida em que o número de inscritos em acompanhamento na Clínica requer uma conformação de uma equipe de saúde com composição multidisciplinar e em número suficiente tanto para a atenção individual quanto para as atividades em grupo. Decerto, a composição qualitativa e quantitativa da equipe técnica só tende a favorecer – embora, como se afirmou, não é condição suficiente – o fortalecimento do acolhimento, do vínculo, da responsabilização e da qualidade da atenção, bases fundamentais para o alcance da integralidade em saúde.

BIBLIOGRAFIA

ACÚRCIO, Francisco de Assis; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: Uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, 12(2), abr-jun, 1996. p. 233-242.

ARAÚJO, Carla Luzia França. Aconselhadores, Acolhedores,...: A Prática de Aconselhamento em DST/AIDS em um CTA do Estado do Rio de Janeiro. [Tese de **Doutorado**]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social - IMS, 2003.

ARRETCHE, Martha. T. **Estado Federativo e Políticas Sociais**. São Paulo: Revam, FAPESP, 2000.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2001.

_____. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.11, 2002. p.11-24.

BASSO, Cáritys Relva. O Programa Nacional de DST/AIDS no SUS. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

BONALDI, *et al.* O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ – ABRASCO, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. 8º Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília, 1988.

_____. Constituição da República Federativa, Seç.II, art.198. Brasília, 1988.

_____. **Política Nacional de DST/AIDS: Princípios, Diretrizes e Estratégias**. Coordenação Nacional de DST/AIDS, Brasília, 1999a.

_____. Prevenção e Controle das DST e AIDS. **Relatório Final**. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS, Ministério da Saúde, 1999b.

_____. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – Manual. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1999 c.

_____. Conselho Nacional de Saúde. 11º Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília, 2000.

_____. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Ano XIV, nº 2. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2001.

_____. **Relatório de Implementação e Avaliação - 1998 a 2002.** Acordo de Empréstimo BIRD 4392/BR - Projeto AIDS II. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2002.

_____. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde.** Brasília: Secretaria de Atenção Básica, 2005a.

_____. **Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação.** Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2005b. (Versão preliminar).

_____. **Seminário Nacional “Direitos Humanos e HIV/AIDS”.** Relatório Final. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2007.

_____. **Boletim Epidemiológico AIDS.** Ano IV, nº01. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Histórico do Programa Nacional de DST e AIDS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 19 jun. 2008.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. Políticas públicas e prevenção em HIV/AIDS. In: **Saúde, Desenvolvimento e Política – Respostas frente a AIDS no Brasil.** São Paulo: Ed. 34/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 1999.

_____. As muitas vozes da Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 11-15.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. *et al.* Um ensaio sobre a (In) definição de Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.

_____. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben Araujo. (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, 2006. p. 223-241.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. **Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/AIDS em serviços públicos no Estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2006. p.115-128.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** São Paulo: Hucitec, 2004.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de Projetos Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1993.

COUTO, Maria Helena Costa. **Novos Horizontes para as Políticas Públicas em HIV/AIDS: Uma aproximação às questões contemporâneas. [Dissertação de Mestrado]**. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social - IMS, 2002.

CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2004.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(1):103-107, jan-mar, 1997.

FAVORETO, César Augusto Orazem. A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. IMS/UERJ – ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006. p. 185-203.

FLEURY, Sônia. **O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira**. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Reforma Sanitária Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec/Cebes, 1988.

_____. **Estado sem cidadãos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FIGUEIREDO, Marcus F. & FIGUEIREDO, Argelina M.C. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. **Revista Análise e Conjuntura**, Belo Horizonte, 1(3): 107-127 set./dez, 1986.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)**. São Paulo: [S.l.: s.n.], 1998.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil: A Agenda de Construção de uma Epidemia. [Tese de Doutorado]**. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social - IMS, 1999.

_____. **Resposta à AIDS no Brasil: 1980-2001**. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. (Coleção ABIA Políticas Públicas nº 1).

GIOVANELLA, Lígia *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Revista Saúde em Debate**, CEBES, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, jan./abr. 2002. p. 37-61.

GOMES, Romeu *et al.* Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão de seus usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(4):789-797, out-dez, 1999.

GÓIS, João Bosco da Hora. A construção das ONGs/AIDS brasileiras: história, idéias e auto-representações (1985-1998). **Revista Ser Social**. Brasília, 2001. p. 165-200.

HARTZ, Zulmira Maria Araújo. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HARTZ, Zulmira Maria Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Avaliando a Implantação das Intervenções em Saúde: novas contribuições. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo; VIEIRA-SILVA, Ligia Maria. (Orgs.). **Avaliação em saúde: Dos modelos Teóricos a Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

HARTZ, Zulmira Maria Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública** v.20, supl.2. Rio de Janeiro, 2004.

MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. **Avaliando a implementação da atenção básica em saúde no município de Niterói, RJ**: Estudos de caso em unidade básica de saúde e módulo do programa médico de família. 181f. Tese (Doutorado em Ciências). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MATTOS, Ruben Araujo; TERTO JÚNIOR, Veriano; PARKER, Richard. As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. (Coleção ABIA Políticas Públicas nº 1).

MATTOS, Ruben Araujo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001, p. 39-64.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública** v.20 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2004.

_____. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2007, 4ª ed., p. 47-62.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias (Org). **Agir em Saúde**. Um desafio para o público. Hucitec/Lugar Editorial. São Paulo/Buenos Aires, 1997.

MERHY, Emerson Elias *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde.

- In: MERHY, Emerson Elias (Org). **Agir em Saúde:** um desafio para o público. Hucitec/Lugar Editorial. São Paulo/Buenos Aires, 1997.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio de conhecimento** – Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1992.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos.** Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- NEMES, Maria Inês Baptistellla. **Avaliação em saúde:** questões para o programa de DST/AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2001. (Coleção ABIA – Fundamentos de Avaliação, nº 1).
- NEMES, Maria Inês Baptistellla. *et al.* Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S310-S321, 2004.
- _____. **Características Tecnológicas do Processo de Trabalho em Serviços de Saúde.** In: Avaliação da Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais de Usuários dos Ambulatórios do Sistema Público de Assistência à AIDS no Estado de São Paulo. Série Avaliação 1 - Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/avalia1/home.htm>>. Acesso em 12 out. 2007.
- Oliveira M.A *et al.* Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública** 18(5), 2002.
- PARKER, Richard **A construção da solidariedade:** AIDS, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; IMS; Relume-Dumará, 1994.
- PARKER, Richard *et al.* **A AIDS no Brasil.** Rio de Janeiro: ABIA: IMS/UERJ: Relume-Dumará, 1994.
- PASCON, Ana Roberta. Institucionalização do Monitoramento e Avaliação no PN-DST/AIDS. In: SEMINÁRIO INSTITUCIONALIZAÇÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2008. Mesa-redonda. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/biblioteca>. Acesso em: 18 jul. 2008.
- PERES, Emília Pessoa. A propósito da educação médica. **Revista Brasileira Saúde Materno**, Recife, 4(1): 9-13 jan.mar., 2004.
- PIMENTA, Maria Cristina. Marcos Teóricos de Intervenção ao HIV/AIDS: Paradigmas de Prevenção entre Jovens. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social - IMS, 2004.
- PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS

Ruben Araújo. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS Ruben Araújo. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.

PINHEIRO, Roseni *et al.* Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, v.9 n.17 Botucatu mar./ago. 2005.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo; BARROS, Maria Elizabeth Barros. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC: ABRASCO, 2007.

RAMOS, Silva. O papel das ONGs na construção de Políticas de Saúde: a AIDS, a saúde da mulher e a saúde mental. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, vol.9 n.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE. Relatório de Planejamento Estratégico: análise de situação e resposta. Assessoria de DST/AIDS/ Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), 2001. Disponível em: www.aids.gov/planejamento

_____. Informe Epidemiológico em DST/AIDS. Assessoria de DST/AIDS/ Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Projeto da Clínica 8A – PAM Antônio Ribeiro Netto. Rio de Janeiro, 2002.

SENNA, Mônica Castro Maia *et al.* **Implementação da integralidade na organização dos sistemas municipais de saúde**: um estudo na região metropolitana do Rio de Janeiro. Relatório de Pesquisa, 2007.

SILVA, C. L.C. **ONGs/AIDS intervenções sociais e novos laços de solidariedade social**. Cadernos de Saúde Pública. V. 1 supl. 2. Rio de Janeiro. 1998.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes; MEHRY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC, 2004. p. 241-257.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes; ALVES, Carla; ALVES, Márcia Guimarães Mello. Entre tramas e Redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. (Orgs.). **Construção Social da Demanda**: Direito à Saúde – Trabalho em Rede – Participação e Espaços Públicos. IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

SILVA JÚNIOR, Alúcio Gomes *et al.* Avaliação de Redes de atenção à saúde: Contribuições da Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** IMS/UERJ – ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006. p. 89-112.

SILVA JÚNIOR, Alúcio Gomes. Avaliação da qualidade da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. [**Projeto de Pesquisa**]. Rio de Janeiro, 2007.

SIMÕES, Mariângela Batista Galvão. Institucionalizando a avaliação: a experiência do Programa Nacional DST/AIDS. In: SEMINÁRIO INSTITUCIONALIZAÇÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2008. Mesa-redonda. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/biblioteca>. Acesso em: 15 maio 2008.

SOUZA, M.R. Políticas implícitas e explícitas no combate e prevenção do HIV e AIDS. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane, (Orgs.). **A AIDS no Brasil.** Rio de Janeiro: ABIA: IMS/UERJ/Relume-Dumará, 1994. p. 331-340.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, Richard. (Org.). **Política, instituições e AIDS — enfrentando a epidemia no Brasil.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA; 1997. p. 43-68.

TRIBUNAL DE CONTAS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Avaliação do Programa de DST/AIDS. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, 2004.

VASCONCELOS, M. D. Pierre Bourdieu: a herança sociológica. **Revista Educação & Sociedade**, vol.23, nº 78. 2002.

VIANA, Maria Lúcia Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan, 1998.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n.1, p. 80-91, 1994.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo; VIEIRA-SILVA, Ligia Maria. (Orgs.) **Avaliação em saúde: Dos modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

ANEXOS

ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR LOCAL

I – Caracterização da (o) entrevistada (o)

Profissão:

Tempo de experiência profissional:

Tempo na função/unidade:

Regime de trabalho e carga horária:

Outros vínculos de trabalho:

Experiência anterior em HIV/AIDS:

Experiência anterior em Coordenação:

Formação profissional (treinamento em HIV/AIDS/pelo serviço?)

Como assumiu a coordenação do ambulatório?

II – Contextualização do Programa de HIV/AIDS na Unidade

a) História do Programa na unidade:

Início das ações:

Motivos e Demandas para criação do ambulatório de HIV/AIDS:

Inserção dos profissionais, Como foram inseridos:

Relação com a SMS/PM/DST/AIDS:

Dados do Programa na Unidade: - Número de inscritos; - Cobertura; - Evasão; - Perfil (sexo, idade, faixa etária, escolaridade, bairro de procedência)

III - Dimensão do cuidado integral

1. Acesso ao cuidado

a) Quais os critérios e estratégias para a regulação do acesso às ações e serviços de saúde?

b) Quem determina esses critérios?

c) Existência de demanda reprimida? O que é feito com essa demanda?

d) Percepção sobre dificuldade e facilidade do acesso.

2. Acolhimento

a) Existência de estratégias de acolhimento aos usuários. Quais?

b) Percepção sobre as respostas fornecidas pelos profissionais em relação às demandas dos usuários.

3. Vínculo / Responsabilização

a) Existência de responsabilidade na gestão do cuidado? Qual (is) profissional (is) se responsabiliza (m)?

b) Percepção sobre a capacidade dos processos de trabalho dos profissionais construírem vínculos com a população. Quais profissionais e atividades são capazes de formar vínculos?

IV - Organização da atenção

1- Organização do trabalho em equipe

- a) Existe participação dos profissionais na organização dos processos de trabalho? As rotinas do ambulatório são construídas coletivamente? Quais os profissionais participam?
- b) Existem espaços de reuniões, encontros entre os profissionais? São sistemáticos? Quais assuntos são discutidos?
- c) Os profissionais têm autonomia para desenvolver seus processos de trabalho? Há exigência de seguir os protocolos da SMS e do PM-DST/AIDS?
- d) Quem define os horários de cada profissional e carga horária? Quais os critérios utilizados para a definição desses horários?

2- Capacitação dos profissionais

- a) Existem capacitações e treinamentos dos profissionais? Como ocorrem? Quem oferece? Quais profissionais participam? São liberados do trabalho? É deficiente ou suficiente?

3- Condições de Trabalho

- a) Há adequação de recursos físicos e materiais para a realização dos processos de trabalho? As salas de atendimentos são em números suficientes? Possuem capacidade de garantir privacidade do usuário? Existe carência de recursos materiais? (medicamentos, exames, preservativos...). Caso existam carências dos recursos físicos e materiais, como lidam com essa carência? O que é feito?
- b) A quantidade de profissionais e carga horária é suficiente para o desenvolvimento da atenção à saúde?
- c) Como percebe as condições de trabalho?
- d) O que é feito para melhorar as condições de trabalho?

V – Relação programática

- a) Quais contribuições do Programa Municipal de HIV/AIDS para o desenvolvimento da assistência na unidade de saúde? E do Programa Nacional de HIV/AIDS?
- b) Qual a relação do ambulatório com a SMS/PM/DST/AIDS? Existem reuniões, encontros?
- c) Quais as demandas da SMS/PM/DST/AIDS para o ambulatório?

VI – Avaliação da Assistência

- a) O que você acha da assistência que é fornecida aos usuários pelo ambulatório?

- b) Você percebe diferenças da atenção oferecida aos usuários atendidos no ambulatório de AIDS dos demais ambulatórios da unidade de saúde? Quais seriam?
- c) Você percebe diferenças da atenção oferecida aos usuários atendidos neste ambulatório de AIDS dos demais ambulatórios que realizam este atendimento? Quais seriam?
- d) Este ambulatório é considerado referência no atendimento às pessoas com HIV/AIDS. Em sua opinião, essa atribuição se dá por quais motivos?

ANEXO 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

I – Caracterização da (o) entrevistada (o)

Nome:

Profissão:

Tempo de experiência profissional:

Tempo na função/unidade:

Regime de trabalho e carga horária:

Outros vínculos de trabalho:

Experiência anterior em HIV/AIDS:

Formação profissional (treinamento em HIV/AIDS/pelo serviço?)

II - Dimensão do cuidado integral

1- Acesso ao cuidado

a) Como se dá o acesso do usuário ao serviço de saúde?

- ✓ *Critérios de ingresso.*
- ✓ *Tempo de espera para marcação da consulta – dias e horários fixos.*
- ✓ *Tempo entre agendamento e consulta.*
- ✓ *Existência de demanda reprimida? O que é feito com essa demanda?*
- ✓ *Percepção dos profissionais sobre dificuldade e facilidade do acesso.*
- ✓ *Caso achem difícil o acesso, o que dificulta esse acesso?*

b) Quais são as principais demandas dos usuários quando procura a unidade de saúde?

2- Acolhimento

a) Quem realiza o acolhimento do usuário quando chega ao serviço de saúde?

- ✓ *Quando o usuário chega ao ambulatório é atendido por quem (qual profissional)? Como se dá esse atendimento?*
- ✓ *Existem estratégias de acolhimento na recepção do usuário? Sala de espera, triagem?*

b) Quanto tempo, em média, demora para ser chamado para o atendimento/consulta?

c) Como a equipe de saúde responde às demandas espontâneas dos usuários?

- ✓ *Se o usuário chega ao ambulatório sem agendamento precisando de algum recurso (ex.: pegar receitas, intercorrências, atestado), ele é atendido? Por qual profissional? O que o profissional faz, qual conduta ele realiza?*

d) Qual a sua percepção sobre as respostas fornecidas pelos profissionais aos usuários? Conseguem responder às suas demandas?

3- Vínculo / Responsabilização

a) Os processos de trabalho dos profissionais são capazes de construir vínculos com a população?

- ✓ *O usuário é atendido sempre pelo mesmo médico?*
- ✓ *Qual o tempo dispensado para cada consulta/atendimento?*
- ✓ *As consultas/atendimentos são agendadas com qual periodicidade?*
- ✓ *Durante o atendimento você consegue ouvir os problemas/queixas dos usuários?*
- ✓ *Os usuários possuem espaço para falar sobre as questões que lhe afligem?*
- ✓ *O que você acha do tempo de consulta/atendimento? É suficiente para os usuários falar sobre suas preocupações/problemas?*

b) As realidades culturais e econômicas dos usuários são consideradas na elaboração do projeto terapêutico?

- ✓ *Como a realidade familiar e social é considerada para a proposição do cuidado?*
- ✓ *As escolhas dos usuários são incorporadas na definição do projeto terapêutico?*
- ✓ *As decisões terapêuticas são negociadas com os usuários?*
- ✓ *Qual o protagonismo do usuário na organização do projeto terapêutico?*

c) Existe a responsabilidade de gestão do cuidado nos processos de trabalho? Qual profissional se responsabiliza?

d) Qual a conduta adotada pelos profissionais para os usuários que precisam de recursos não contemplados pelo serviço/ambulatório (intercorrências, especialistas, exames, internação, etc.)?

e) Como os profissionais incorporam a intersetorialidade na atenção à saúde?

f) Como vocês percebem a existência de vínculo entre os profissionais e usuários do programa? Cite exemplos.

4 – Percepção da qualidade da assistência

a) Você percebe diferenças da atenção oferecida aos usuários atendidos no ambulatório de AIDS dos demais ambulatórios da unidade de saúde? Quais seriam?

b) O que você acha da assistência que é fornecida aos usuários pelo ambulatório?

III - Organização da atenção

1- Trabalho em Equipe

a) Quais são os profissionais que realizam a assistência à saúde da população?

b) Quais são as atribuições de cada profissional?

c) Como se organiza o trabalho da equipe?

d) Existe integração entre os profissionais na elaboração dos projetos terapêuticos? Os projetos terapêuticos são discutidos coletivamente entre os profissionais?

e) Existem espaços de reunião, encontros entre os profissionais?

✓ *São sistemáticos?*

✓ *Quais assuntos são discutidos nesses espaços?*

2- Ações desenvolvidas

a) Quais são as ações/atividades desenvolvidas no ambulatório/serviço?

b) Quais os profissionais que participam dessas ações? De que forma participam?

c) Como essas ações são planejadas? Quem participa do planejamento?

d) O que você acha dos atendimentos e atividades realizadas no ambulatório?

e) O serviço segue os protocolos do Ministério da Saúde? Qual o grau de autonomia que possui?

3- Condições de Trabalho

a) Há adequação de recursos físicos e materiais para a realização dos processos de trabalho?

✓ *As salas de atendimentos são em números suficientes?*

✓ *Possuem capacidade de garantir privacidade do usuário?*

✓ *Existe carência de recursos materiais? (medicamentos, exames, preservativos...).
Caso exista, como lidam com essa carência?*

b) A quantidade de profissionais e carga horária é suficiente para o desenvolvimento da atenção à saúde?

c) Como percebe as condições de trabalho?

ANEXO 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS

I – Caracterização da (o) entrevistada (o)

Idade:

Profissão/Ocupação:

Tempo de inserção no serviço:

Experiência anterior em outro serviço que realiza atendimento em HIV/AIDS?

II - Dimensão do cuidado integral

1- Acesso ao cuidado

a) Como foi seu acesso ao serviço de saúde?

- ✓ *Por que você procurou atendimento nesta unidade de saúde?*
- ✓ *Como você chegou ao serviço pela primeira vez? (indicação – de quem?);*
- ✓ *O que foi solicitado/exigido para você se inscrever no serviço?*
- ✓ *Tempo de espera para marcação da consulta (existem dias e horários fixos);*
- ✓ *Tempo entre agendamento e consulta;*
- ✓ *Percepção sobre dificuldade e facilidade do acesso;*
- ✓ *Em sua opinião, foi difícil chegar ao serviço? Por quê?*

b) Qual foi a sua demanda quando buscou o serviço de saúde?

2- Acolhimento

a) Quando você chega ao ambulatório é atendido por quem (qual profissional)? Como se dá esse atendimento?

b) Quanto tempo, em média, demora para ser chamado para o atendimento/consulta? Você acha que demora a ser atendido?

c) Durante aguarda o atendimento o que você faz? O serviço oferece alguma atividade?

d) Quando chegou ao serviço você participou do grupo de acolhimento? Por quê? O que você achou dessa atividade?

e) Como os profissionais respondem às suas demandas espontâneas?

- ✓ *Se você chega ao ambulatório sem agendamento precisando de algum recurso (ex.: pegar receitas, intercorrências, atestado), você é atendido? Por qual profissional? O que o profissional faz, qual conduta ele realiza?*

3- Vínculo / Responsabilização

a) Os atendimentos dos profissionais são capazes de construir vínculos?

- ✓ *Você é atendido sempre pelo mesmo médico? Você acha que isso interfere na qualidade do atendimento? De que forma?*
- ✓ *Qual o tempo realizado para cada consulta/atendimento?*

- ✓ *O que você acha do tempo de consulta/atendimento? É suficiente para você falar sobre suas preocupações/problemas?*
- ✓ *O horário de agendamento das consultas e forma que é organizado (marcação dos usuários para o mesmo horário) é adequado para você? Por quê?*
- ✓ *As consultas/atendimentos são agendadas com qual periodicidade? O que você acha desse prazo de agendamento?*
- ✓ *Quando você tem algum problema qual profissional você procura? Qual o profissional que você tem como referência?*
- ✓ *Durante as consultas/atendimentos os profissionais escutam seus problemas/queixas?*
- ✓ *Você possui espaço para falar sobre as preocupações/problemas que lhe afligem?*
- ✓ *Como você se sente para falar de seus problemas com os profissionais? (Sente a vontade, constrangido). Por quê?*

b) As condições culturais, sociais e econômicas são consideradas na assistência à saúde?

- ✓ *Os profissionais importam com sua realidade familiar e social para realizar a assistência? De que modo?*
- ✓ *As suas escolhas/preferências são consideradas pelos profissionais durante as consultas/atendimentos?*

c) Qual a conduta adotada pelos profissionais quando você precisa de recursos não contemplados pelo serviço/ambulatório (intercorrências, especialista, exames, internação, etc.)?

d) Você percebe a existência de vínculo entre os profissionais e usuários do programa? Cite exemplos.

e) Como você considera a relação dos profissionais com você?

4 – Percepção da qualidade da assistência

a) Você percebe diferença da atenção oferecida no ambulatório dos outros serviços de saúde que você conhece? Qual (is) seria (m)?

b) O que você acha da assistência que lhe é fornecida pelo ambulatório?

c) Fale livremente sobre pontos positivos e negativos da assistência recebida.

III - Organização da atenção

a) atendimentos e atividades desenvolvidas no ambulatório?

- ✓ *Quais são os atendimentos e atividades realizadas no ambulatório?*
- ✓ *Quais os profissionais que participam dessas ações?*
- ✓ *Quais atendimentos e atividades você participa, ou já participou?*

b) O que você acha dos atendimentos e atividades realizadas no ambulatório?

c) Há adequação de recursos físicos e materiais?

- ✓ *Você acha que a sala onde é atendido possui capacidade de garantir privacidade do atendimento?*
- ✓ *Existe carência de recursos materiais? (medicamentos, exames, preservativos...)
Quais?*

ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **Avaliação Qualitativa da Assistência às pessoas com HIV/AIDS: A contribuição da Integralidade.**

Pesquisador Responsável: Rosana Freitas Arantes

Nome do voluntário: _____

Idade: _____

Esse estudo tem como objeto de investigação a avaliação qualitativa da assistência à saúde dos usuários com HIV/AIDS, a partir das noções de integralidade. E como objetivos: avaliar a qualidade da assistência às pessoas com HIV/AIDS, com o foco nas concepções e práticas dos trabalhadores no cuidado em saúde, utilizando os atributos operativos da integralidade, dentre eles, acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção; identificar as características da organização dos processos de trabalho em relação ao acesso, acolhimento, vínculo/responsabilização e a percepção dos usuários e profissionais sobre a qualidade da assistência à saúde. A pesquisa é de natureza qualitativa, os dados serão coletados através de entrevistas com os usuários, profissionais e gestor. No caso de entrevistas serão obtidas cópias gravadas somente com a autorização do entrevistado. Esclarecemos que a participação é voluntária sendo garantida a confidencialidade das informações geradas e a privacidade do sujeito da pesquisa.

Eu, _____, RG nº _____
 declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Entrevistado (a)

Responsável por obter o consentimento

ANEXO 5 - FLUXO DO USUÁRIO NA CLÍNICA DE INFECTOLOGIA/AIDS

A entrada do usuário na Clínica se dá por demanda espontânea ou por encaminhamento. Vale lembrar que das duas maneiras o fluxo do usuário obedece a mesma trajetória.

i) A recepção do usuário é feita pela enfermagem, que verifica se os usuários que procuram atendimento atendem aos critérios exigidos para o acesso ao serviço de saúde. Que são: a) possuir teste anti HIV+; b) residir na área de abrangência; c) apresentar documento de identidade.

ii) Usuário que não possui o teste é encaminhado para o CTA.

iii) Usuário que não pertence à área de abrangência é encaminhado para serviço de saúde próximo à residência.

iv) Usuário elegível é agendado para o grupo de recepção e primeira consulta clínica/infectologia. **Obs.:** Caso o usuário apresente alguma demanda urgente, o usuário é encaminhado no mesmo dia para atendimento, que pode ser médico, psiquiátrico ou do serviço social.

v) Em geral o grupo de recepção antecede a primeira consulta clínica. (grupo realizado pelo serviço social, destinado aos usuários e familiares). Nos casos de usuários em situação de adoecimento é priorizado o agendamento clínico.

vi) Através do grupo de recepção é realizado o acolhimento formal aos usuários. Assistente social apresenta o serviço e as atividades desenvolvidas na Clínica.

vii) Na primeira consulta clínica é realizada uma avaliação da situação de saúde do usuário e solicitada rotina laboratorial.

viii) Todo usuário é encaminhado no início do tratamento pelo médico para realização de exames laboratoriais (CV e CD4) em outra unidade de saúde. Usuário já sai com os exames agendados (não precisa ir até o serviço agendar).

ix) Usuário é encaminhado pelo médico para outras clínicas do PAM, conforme situação de saúde.

- x) Para usuários que iniciam o tratamento, as consultas subseqüentes são agendadas com periodicidade de um mês, para avaliação dos exames.
- xi) Usuário em situação instável de saúde, as consultas subseqüentes são agendadas com periodicidade de um mês.
- xii) Usuário em situação estável de saúde, as consultas subseqüentes são agendadas com periodicidade de três meses.
- xiii) Usuário que faz uso de medicamentos é liberado a receita no dia da consulta, correspondente a três meses de medicamentos. Mensalmente o usuário retorna à farmácia para apanhar os remédios.
- xiv) Usuário em acompanhamento na clínica de AIDS, que apresenta demanda espontânea é garantido atendimento interno.
- xv) Usuário é encaminhado, ou busca espontaneamente atendimento do serviço social, nutrição e psiquiatria.
- xvi) Usuário é estimulado a participar das atividades em grupo – grupo de adesão, filmoteca, passeios culturais, e festas comemorativas, a partir de divulgação nos murais da Clínica, da abordagem na sala de espera, dos atendimentos individuais com a assistente social e psiquiatra e do grupo de recepção.