



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



***Avaliação da implantação do Sistema de Controle Logístico de
Medicamentos/aids: O caso do Distrito Federal***

por

Karim Midori Sakita

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

*Orientador: Prof. Dr. André de Faria Pereira Neto
Assistente do orientador: Prof. Thiago Botelho Azeredo*

Rio de Janeiro, maio de 2012.

Esta dissertação, intitulada

***Avaliação da implantação do Sistema de Controle Logístico de
Medicamentos/aids: O caso do Distrito Federal***

apresentada por

Karim Midori Sakita

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos

Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Luiza

Prof. Dr. André de Faria Pereira Neto – Orientador

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S158 Sakita, Karim Midori
Avaliação da implantação do Sistema de Controle Logístico de
Medicamentos/aids: O caso do Distrito Federal. / Karim Midori
Sakita. -- 2012.
xiii, 87 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Pereira Neto, André de Faria
Azeredo, Thiago Botelho
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

1. Avaliação. 2. Implementação. 3. Sistemas de Informação.
4. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 5. Logística. 6.
Anti-Retrovirais. I. Título.

CDD - 22.ed. – 616.9792

Dedico este trabalho: a meus pais que, com exemplo de esforço e perseverança, me ensinaram o real valor da *Vida*.

Agradecimentos

A Deus pela vida e pelas contínuas oportunidades do aprendizado.

À minha família e amigos pelo incentivo e compreensão diante da minha ausência e por renovar minhas energias para prosseguir na dedicação aos estudos.

Ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais pela oportunidade e motivação para a realização deste mestrado, com vistas ao aprimoramento de conhecimentos.

Ao meu orientador, André Pereira Neto, pela paciência, tranquilidade e confiança em mim depositada. Ao assistente de orientação, Thiago Azeredo, pela contribuição na construção de indicadores e das estratégias metodológicas.

À Elizabeth Moreira e Marly Cruz pela dedicação e profissionalismo na condução do curso e sempre acreditaram e me incentivaram a perseverar.

Aos professores do curso pelo compartilhamento de ensinamentos e experiências e aos colegas de curso, pelo convívio e troca de experiências.

Às colegas Walquíria, Leidjany e Marta Duval que também trouxeram importantes contribuições ao estudo. Em especial, sou grata à Marta que, de forma altruísta, ofertou prestimoso e importante auxílio e incentivo neste projeto, me fortalecendo a caminhada, acreditando que seria possível.

A Aristides Barbosa Júnior por quem sinto admiração e respeito, que prima pelo aperfeiçoamento e crescimento profissional.

A Rogério Scapini por sua dinâmica, companheirismo e colaboração durante o estudo e com quem aprendi muito.

A Juliana Monteiro pelo auxílio e levantamento dos dados do sistema.

A Liliana Ribeiro que participou da construção inicial desse projeto e com carinho renovava as minhas forças para continuar e seguir adiante.

A Elisa Sudo por sua colaboração na formação de ideias chave e sempre estar por perto, com paciência e com a sua arte de ouvir e ensinar.

A Walter Menon que, de maneira simples, me fez compreender que existe um propósito maior na realização deste mestrado.

Aos colegas de trabalho da Central de Monitoramento e Avaliação e do Núcleo de Logística de Insumos Estratégicos pela motivação, apoio e contribuição prestados.

À equipe LASER pela atenção e orientações ao longo do curso.

Aos profissionais e gerentes dos serviços pela disposição em participar e contribuir neste estudo.

Apresentação

Trabalho há quinze anos no Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, dos quais doze anos na logística de medicamentos — atualmente área intitulada como “Núcleo de Logística de Insumos Estratégicos”. Nesse período, pude acompanhar o SICLOM desde sua concepção (processo de desenvolvimento, testes de funcionalidades, projeto piloto), sua implantação e a evolução do seu uso.

A oportunidade que se apresentou com o Mestrado Profissionalizante, no período em que desenvolvi atividades relacionadas ao monitoramento e avaliação, contribuiu para o entendimento dos fatores que norteiam o uso pleno do SICLOM.

Partindo-se dessa premissa, o primeiro capítulo aborda contexto da epidemia da aids em termos mundiais e nacionais, a política brasileira de controle do HIV/aids, a assistência farmacêutica dos antirretrovirais e a relação da informação, os sistemas de informação na tomada de decisão.

O segundo capítulo apresenta o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos/aids – SICLOM, sua estrutura racional de funcionamento por meio da construção do Modelo Lógico (ML), bem como, o detalhamento das funcionalidades de cadastramento, dispensação e controle de estoques do sistema. Adicionalmente aborda o contexto externo e organizacional.

O capítulo três apresenta os objetivos geral e específico que o estudo pretende alcançar. A seguir, no quarto capítulo, ao elaborar o Modelo Teórico da Avaliação (MTA) identificou-se as dimensões de conformidade (disponibilidade, qualidade técnico-científica e oportunidade) e aceitabilidade (utilidade, facilidade de uso e adequação entre tarefa e tecnologia) para responder as perguntas avaliativas propostas na pesquisa. Como estratégia metodológica optou-se por um estudo de caso no Distrito Federal, mencionando-se os procedimentos e instrumentos para o levantamento de evidências, os limites do estudo e os aspectos éticos necessários sua realização.

O quinto capítulo trata os resultados e discussões do estudo, por meio da caracterização da rede de serviços no Distrito Federal, o grau de implantação alcançado no estudo e os aspectos positivos e negativos relacionados ao uso do SICLOM.

Por fim, são sugeridas recomendações de aprimoramentos em termos de estrutura e processo. São tecidas, ainda, algumas reflexões advindas dos achados desta avaliação, na expectativa de o mesmo possa abrir novas frentes de estudos para subsidiar o aprimoramento do SICLOM e sua plena utilização.

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo de avaliar a implantação do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos/aids (SICLOM) no Distrito Federal (DF), a partir da perspectiva dos gestores e profissionais que utilizam o sistema. Buscou-se ainda entender a influência do contexto organizacional na implantação desse sistema. Para o desenho metodológico, optou-se pela realização de um estudo de caso único nas Unidades Dispensadoras (UDM) do Distrito Federal. O levantamento de evidências foi realizado por meio de análise documental, da base de dados do SICLOM, observação direta das atividades e entrevista semiestruturada com gestores e profissionais que realizam o manejo do SICLOM nas UDM. Com base na utilização e construção do Modelo Lógico do Programa (MLP) e do Modelo Teórico da Avaliação (MTA), identificou-se que as dimensões de conformidade (disponibilidade, qualidade técnico-científica e oportunidade) e aceitabilidade (utilidade, facilidade de uso e adequação entre tarefa e tecnologia) responderiam as perguntas avaliativas propostas no estudo. Os achados do estudo apontam que o SICLOM está parcialmente implantado no DF. A dimensão aceitabilidade obteve a maior pontuação proporcional e a dimensão conformidade apresenta mais deficiências, com necessidades de melhorias e aprimoramentos em alguns componentes de estrutura e processo. Recomenda-se que sejam envidados esforços em termos de acessibilidade, capacitação dos recursos humanos e melhorias no ambiente de trabalho. Os achados permitem uma reflexão para ampliação deste estudo para um número maior de casos ou mesmo em âmbito nacional que possa, também, aprofundar e investigar possíveis ajustes nas funcionalidades do SICLOM. Entende-se que seja importante o compartilhamento desses resultados junto aos gestores e profissionais que utilizam o sistema, tendo em vista que a implantação do SICLOM no Brasil proporcionou avanços no gerenciamento e controle de informações que permeiam a política de acesso universal à terapia antirretroviral no país, mas ainda restam alguns desafios a serem conquistados para o seu aprimoramento.

Palavras-chave: Avaliação, Implementação, Sistemas de informação, Aids, Logística, Antirretrovirais.

ABSTRACT

The purpose of this study is to evaluate the implantation of the AIDS Medication Logistics Control System (*Sistema de Controle Logístico de Medicamentos/aids - SICLOM*) in the Federal District (FD), from the viewpoint of the health service managers and health workers who use the system. The study also sought to achieve an understanding of the influence of the organizational context on the implantation of the system. The method chosen was that of a single case study conducted in the Federal District's Medication Dispensing Units (MDU). Evidence was obtained by means of document analysis, analysis of the *SICLOM* system database, direct observation of the activities and a semi-structured interview with health service managers and health workers who handle the *SICLOM* system in the MDUs. Based on the use and construction of the Programme Logic Model (PLM) and the Theoretical Evaluation Model (TEM), it was identified that conformity (availability, technical and scientific quality and opportunity) and acceptability (utility, user friendliness and adequacy in terms of task versus technology) would answer the evaluative questions proposed by the study. The findings indicate that the *SICLOM* system is partially implanted in the FD. Acceptability obtained a higher proportional rating whereas conformity has more shortcomings and requires improvements and enhancements in some structure and process components. It is recommended that efforts be expended in terms of accessibility, human resource training and improvements to the working environment. The findings permit a reflection as to increasing the scope of this study to a national level so as to go further into and investigate possible adjustments to the *SICLOM* system functionalities. Sharing these results with the health service managers and professionals who use the system is understood to be important given that the implantation of the *SICLOM* system (Medication Logistics Control System) in Brazil has enabled progress in the management and control of information relevant to the country's policy of universal access to antiretroviral therapy. There do remain, however, some challenges to be overcome in order for it to be enhanced.

Keywords: Evaluation, Implementation, Information Systems, AIDS, Logistics, Anti-retroviral.

| SUMÁRIO | Pág. |
|--|-------------|
| Lista de abreviaturas e siglas..... | X |
| Lista de Figuras | XII |
| Lista de Tabelas | XII |
| Lista de Quadros..... | XII |
| 1 INTRODUÇÃO | 1 |
| 1.1 Aids – Uma visão global | 1 |
| 1.2 Política de medicamentos de aids no Brasil..... | 2 |
| 1.3 Assistência Farmacêutica dos ARV..... | 4 |
| 1.4 Informação, sistema de informação e tomada de decisão | 7 |
| 2 SISTEMA DE CONTROLE LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS – SICLOM..... | 9 |
| 2.1 Do projeto piloto à remodelação..... | 9 |
| 2.2 Problema identificado no SICLOM | 12 |
| 2.3 Modelo Lógico do SICLOM..... | 13 |
| 2.4 Funcionalidades do SICLOM | 15 |
| 2.4.1 Cadastramento de Pacientes..... | 15 |
| 2.4.2 Dispensação de Medicamentos | 16 |
| 2.4.3 Controle de Estoque | 18 |
| 2.5 Contexto organizacional..... | 19 |
| 2.6 Contexto externo | 21 |
| 3 OBJETIVOS | 24 |
| 3.1 Objetivo Geral..... | 24 |
| 3.2 Objetivos Específicos | 24 |
| 4 MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO..... | 25 |
| 4.1 Perguntas avaliativas | 26 |
| 4.2 Abordagem e foco da avaliação | 27 |
| 4.3 Desenho da avaliação..... | 29 |
| 4.3.1 O estudo de caso..... | 30 |
| 4.3.2 Estratégia metodológica | 31 |
| 4.3.3 Área do estudo | 40 |
| 4.3.4 Instrumentos de coleta de dados | 40 |
| 4.4 Limites do estudo | 41 |
| 4.5 Aspectos éticos da avaliação..... | 42 |
| 4.6 Divulgação dos achados no estudo | 43 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 44 |
| 5.1 Caracterização da rede de serviços de HIV/aids do Distrito Federal | 44 |
| 5.1.1 Perfil das UDM | 44 |
| 5.1.2 Perfil dos gerentes das UDM visitadas no Distrito Federal | 45 |
| 5.1.3 Perfil dos profissionais | 45 |
| 5.2 Grau de implantação do SICLOM no Distrito Federal | 48 |
| 5.2.1 Dimensão Conformidade | 48 |
| 5.2.2 Dimensão Aceitabilidade..... | 54 |
| 5.3 Aspectos favoráveis e desfavoráveis ao uso do SICLOM..... | 58 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES..... | 61 |

| | |
|------------------------|-----------|
| ANEXOS | 69 |
| APÊNDICES | 75 |

Lista de abreviaturas e siglas

| | |
|---------------|---|
| ADT | Atendimento domiciliar terapêutico |
| ARV | Antirretroviral |
| AZT | Zidovudina |
| CDC | <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CONJUR | Consultoria Jurídica |
| DAF | Departamento de Assistência Farmacêutica |
| D-DST-AIDS-HV | Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais |
| DF | Distrito Federal |
| DIVAL | Diretoria de Vigilância Ambiental |
| DIVEP | Diretoria de Vigilância Epidemiológica |
| DIVISA | Diretoria de Vigilância Sanitária |
| DLOG | Departamento de Logística |
| DRS | Diretorias Regionais de Saúde |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| ENSP | Escola Nacional de Saúde Pública |
| HAART | <i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i> |
| HC | Hospital Convencional |
| HD | Hospital-Dia |
| HIV | <i>Human Immunodeficiency Virus</i> |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| LACEN | Laboratório Central |
| MAT/URE | Maternidade e Unidade de Referência |
| MLP | Modelo Lógico do Programa |
| MS | Ministério da Saúde |
| MTA | Modelo Teórico da Avaliação |
| ONG | Organização não governamental |
| PDR | Plano Diretor de Regionalização |
| PVHA | Pessoas que vivem com HIV e aids |
| RA | Região Administrativa |
| SADM | Serviço de Armazenamento e Distribuição de Medicamentos |
| SAE | Serviço de atendimento especializado |

| | |
|--------|--|
| SCTIE | Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos |
| SE | Secretaria Executiva |
| SES | Secretaria de Estado da Saúde |
| SICLOM | Sistema de Controle Logístico de Medicamentos |
| SIM | Sistema de Mortalidade |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SISCEL | Sistema de Controle de Exames Laboratoriais |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TAM | Modelo de Aceitação de Tecnologia |
| TARV | Terapia antirretroviral |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TTF | Modelo de adequação entre tarefa e tecnologia |
| UDM | Unidade Dispensadora de Medicamento |
| UNAIDS | Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS |

Lista de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Ciclo da Assistência Farmacêutica | 4 |
| Figura 2: Fluxo de aquisição, distribuição e informação sobre os medicamentos/aids | 5 |
| Figura 3: Organograma do Ministério da Saúde | 6 |
| Figura 4. Distribuição das Unidades Dispensadoras de Medicamentos para HIV/aids no Brasil..... | 7 |
| Figura 5. Distribuição do número de UDM utilizando o módulo operacional do SICLOM. Brasil, 1998 a 2011..... | 10 |
| Figura 6. Modelo Lógico do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – SICLOM.. | 14 |
| Figura 7: Organograma da Subsecretaria de Vigilância à Saúde / SES / DF..... | 20 |
| Figura 8: Mapa do Distrito Federal e municípios circunvizinhos..... | 22 |
| Figura 9: Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal | 23 |
| Figura 10: Esquematização da análise do nível de implantação do SICLOM no Distrito Federal..... | 25 |
| Figura 11: Modelo de aceitação da tecnologia (TAM) | 32 |
| Figura 12: Combinação do modelo TAM e do modelo TTF..... | 33 |

Lista de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Distribuição de Usuários SUS em uso de ARV, por UDM. Distrito Federal, 2011. | 21 |
| Tabela 2: Distribuição das UDM incluídas na avaliação, segundo número médio de dispensações registradas por mês. Distrito Federal, 2011 | 44 |
| Tabela 3: Distribuição dos profissionais entrevistados, segundo UDM incluídas no estudo. Distrito Federal, 2011 | 46 |
| Tabela 4: Distribuição dos profissionais entrevistados nas UDM incluídas no estudo, segundo faixa etária e sexo. Distrito Federal, 2011. | 46 |
| Tabela 5: Distribuição dos profissionais entrevistados nas UDM incluídas no estudo, por sexo e segundo tempo de uso do SICLOM. Distrito Federal, 2011 | 47 |
| Tabela 6: Distribuição dos profissionais entrevistados nas UDM incluídas no estudo, por sexo e segundo tempo de dispensação de medicamentos para aids. Distrito Federal, 2011..... | 47 |

Lista de Quadros

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Regiões Administrativas e Diretorias Regionais de Saúde nas Regiões de Saúde do Distrito Federal..... | 22 |
| Quadro 2: Análise dos usuários potenciais na avaliação. | 28 |
| Quadro 3: Dimensões da análise de implantação do SICLOM. | 31 |
| Quadro 4: Matriz de relevância - Componente estrutural insumos | 34 |
| Quadro 5: Matriz de relevância - Componente estrutural atividades..... | 34 |
| Quadro 6: Matriz de Análise e Julgamento do grau de implantação do SICLOM no DF: Disponibilidade | 36 |
| Quadro 7: Matriz de Análise e Julgamento do grau de implantação do SICLOM no DF: Qualidade técnico-científica..... | 37 |
| Quadro 8: Matriz de Análise e Julgamento do grau de implantação do SICLOM no DF: Oportunidade..... | 38 |
| Quadro 9: Matriz de Análise e Julgamento do grau de implantação do SICLOM no DF: Utilidade | 38 |

| | |
|--|----|
| Quadro 10: Matriz de Análise e Julgamento do grau de implantação do SICLOM no DF: Facilidade de uso | 38 |
| Quadro 11: Matriz de Análise e Julgamento do grau de implantação do SICLOM no DF: Adequação entre tarefa e tecnologia | 39 |
| Quadro 12: Parâmetros para o grau de implantação. | 39 |
| Quadro 13: Matriz de análise e julgamento preenchida: Disponibilidade | 48 |
| Quadro 14: Matriz de análise e julgamento preenchida: Qualidade técnico-científica | 50 |
| Quadro 15: Matriz de análise e julgamento preenchida: Oportunidade | 53 |
| Quadro 16: Matriz de análise e julgamento preenchida: Utilidade | 54 |
| Quadro 17: Matriz de análise e julgamento preenchida: Facilidade de uso | 55 |
| Quadro 18: Matriz de análise e julgamento preenchida: Adequação entre a tarefa e tecnologia | 56 |
| Quadro 19: Grau de implantação do SICLOM no Distrito Federal, 2011. | 58 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aids – Uma visão global

As taxas de novas infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) estabilizaram ou diminuíram significativamente, em pelo menos 56 países. Em termos globais, as estimativas afirmam que ao final de 2009, cerca de 33,3 milhões [31,4 – 35,3 milhões] de pessoas se infectaram com o HIV. Esse número representa pequeno aumento ao ser comparado às estimativas de 32,8 milhões de pessoas infectadas, em 2008. Parte desse fato se deve ao aumento da sobrevivência decorrente do acesso à terapia antirretroviral (UNAIDS, 2010).

Ainda que o número de novas infecções pelo HIV venha diminuindo, para cada pessoa diagnosticada que inicia o tratamento, segundo as estimativas ocorrem duas novas infecções pelo vírus para cada pessoa infectada. Dados apontam para uma melhoria nas ações de prevenção e tratamento, em especial, quanto ao acesso aos medicamentos antirretrovirais (ARV) e da atenção dispensada às pessoas com o HIV (UNAIDS, 2010).

A ampliação do acesso ao tratamento tem produzido reflexos positivos na qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/aids (PVHA) e redução do número de óbitos relacionados à aids. Por outro lado, o relatório da UNAIDS (2010) refere que a quantidade de pessoas aguardando para receber tratamento quase dobrou, chegando a 10 milhões.

No cenário internacional, o Brasil ocupa lugar de destaque por sua resposta no combate à aids. O País apresenta uma epidemia concentrada, com uma taxa de prevalência estabilizada na população de 15 a 49 anos, em torno de 0,6% desde o ano 2000 (Szwarcwald & Souza-Junior, 2004). Atualmente, estima-se que cerca de 630 mil pessoas vivem com o HIV/aids (Brasil, 2010). De 1980 a 2009 foram registrados em torno de 229 mil óbitos por aids no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (Brasil, 2010).

Em 1980 surgiu o primeiro caso de aids no Brasil, que foi notificado somente em 1982. Nessa fase inicial, surgiram as primeiras organizações não-governamentais (ONG) voltadas para a prevenção da aids. Em 1985 foi criado o Programa de DST e Aids do Ministério da Saúde (MS). De 1987 a 1989, esse programa se consolidou por meio da centralização das ações de prevenção para o controle da infecção pelo HIV. A partir de 1993 iniciou-se uma fase marcada por acordos internacionais financiadores das ações programáticas de enfrentamento da epidemia. Firmou-se o primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial, com o objetivo de reduzir a transmissão do HIV e outras doenças

sexualmente transmissíveis (DST) e, conseqüentemente, a incidência dessas doenças, fortalecendo-se para isso, a parceria com instituições públicas e privadas para as ações de controle (Marques, 2002).

Assim, a política brasileira para controle da epidemia da aids resultou de uma construção coletiva tendo como principais atores os representantes da sociedade civil e segmentos institucionais (Loyola, 2008). Essa política inicia-se colocando em prática os princípios do SUS, ou seja, a descentralização, integralidade das ações, controle social e universalidade de acesso a serviços de saúde e a terapia antirretroviral (TARV) (Brasil, 2002).

Com vistas à redução da transmissão do HIV e à promoção da qualidade de vida dos pacientes, o MS realiza campanhas de testagem e prevenção, com ampliação ao acesso aos insumos que permitem práticas seguras e se compromete com a disponibilização de medicamentos antirretrovirais a todos os soropositivos com indicação de uso dessa terapia segundo as recomendações do documento de consenso terapêutico do MS.

1.2 Política de medicamentos de aids no Brasil

Uma das características do HIV é a sua capacidade de replicação e mutação. Por essa razão, várias frentes de pesquisa foram desenvolvidas e muitas indústrias farmacêuticas passaram a produzir medicamentos ARV específicos para inibir a ação do vírus em diferentes estágios (Fauci, 2006).

O início desse processo foi marcado com a descoberta da zidovudina (AZT) em 1987 que inibia a replicação do HIV por meio do bloqueio da transcriptase reversa do vírus.

A distribuição mais ampla de medicamentos ARV no sistema público de saúde brasileiro iniciou em 1991. Nos anos subsequentes, foram ampliadas as opções de tratamento para os pacientes adultos e foi iniciado o tratamento das crianças com a disponibilização da didanosina e do AZT pediátrico. Em 1996, teve início o uso do tríplice esquema de ARV, com a introdução de uma nova classe de medicamentos, os inibidores da protease, em combinação com inibidores de transcriptase reversa (Brasil, 2002). Essa combinação de medicamentos era denominada terapia antirretroviral altamente potente (HAART, em inglês).

Esse período contou com intensa participação da sociedade civil visando atenção médica e o fornecimento de medicamento. Diante do avanço do agravo, o governo brasileiro instituiu a Lei 9.313/96, garantindo que as PVHA deveriam receber os medicamentos que necessitassem ao tratamento, contanto que atendessem aos critérios técnicos do MS (Brasil, 1996). Esses critérios foram definidos no documento de consenso, elaborado por um comitê de especialistas em HIV/aids instituído pela, nesta ocasião denominada, Coordenação

Nacional de DST e Aids, à época. Desde então, as recomendações para terapia antirretroviral são atualizadas de modo a acompanhar a evolução dos conhecimentos e disponibilidade das terapias antiretrovirais e o desenvolvimento de novos medicamentos (Loyola, 2008).

Estudos apontam os resultados positivos com o uso do HAART, como a queda na mortalidade (Saraceni et al, 2005) e o aumento da sobrevida das pessoas vivendo com HIV/aids (Reis et al, 2007). De 1996 a 1999 o risco de óbito por aids diminuiu de 9,6 por 100000 habitantes, para 6,4/100.000 habitantes e essa taxa se manteve estável ao longo dos demais anos (Reis et al, 2007). Estudo encomendado pelo MS aponta que o tempo médio de vida das pessoas que vivem com aids nas regiões Sul e Sudeste passou de 58 meses para mais de 108 meses entre 1995 e 2007 (Guibu et al., 2011).

O governo brasileiro tem demonstrado esforço em procurar garantir a sustentabilidade das ações para o acesso universal aos medicamentos antirretrovirais, tendo em vista sua contribuição para melhora da qualidade de vida das PVHA. Verifica-se a produção nacional de medicamentos ARV fortalecendo, assim, a capacidade produtiva dos laboratórios públicos (Loyola, 2008); foram realizados processos de negociação de preços com os laboratórios multinacionais, resultando em preços mais baixos (Portela & Lotrowska, 2006) e, em 2007, houve o licenciamento compulsório do medicamento efavirenz, que começou a ser produzido no Brasil, no início de 2009, por laboratórios públicos (Brasil, 2009).

A manutenção dessas ações representa um importante desafio a ser constantemente superado. Apesar do licenciamento compulsório, em 2009, em torno de 73% dos gastos com a aquisição dos medicamentos foi destinado à compra das drogas protegidas por patentes. Além disso, a produção pública de ARV no Brasil, ainda possui uma dependência da importação de matéria-prima. Verifica-se, ainda, um crescimento do número de doentes de aids no País em uso de ARV. No final de 2010, em torno de 201 mil pessoas que vivem com HIV/aids estavam em TARV na rede pública de saúde (Brasil, 2011).

A partir da instituição da política de acesso universal e tendo em vista a dinâmica e complexidade que permeia o tratamento com ARV, o fortalecimento da assistência farmacêutica tornou-se cada vez mais fundamental. Na atualidade, o MS disponibiliza “gratuitamente” 19 medicamentos ARV, dos quais 10 antirretrovirais são produzidos no Brasil, por laboratórios públicos e um privado (Brasil, 2011a).

1.3 Assistência Farmacêutica dos ARV

A assistência farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, com a finalidade de promover o acesso a medicamentos de qualidade e seu uso racional. Seu objeto de trabalho é a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento (Marin et al., 2003).

Para esses autores, o ciclo da assistência farmacêutica envolve etapas fundamentais como a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização, ou seja, desde a prescrição até a dispensação dos medicamentos (Figura 1). Essas etapas, para funcionarem harmonicamente, dependem do financiamento, gerenciamento, recursos humanos, sistemas de informação, controle e avaliação.

Figura 1. Ciclo da Assistência Farmacêutica



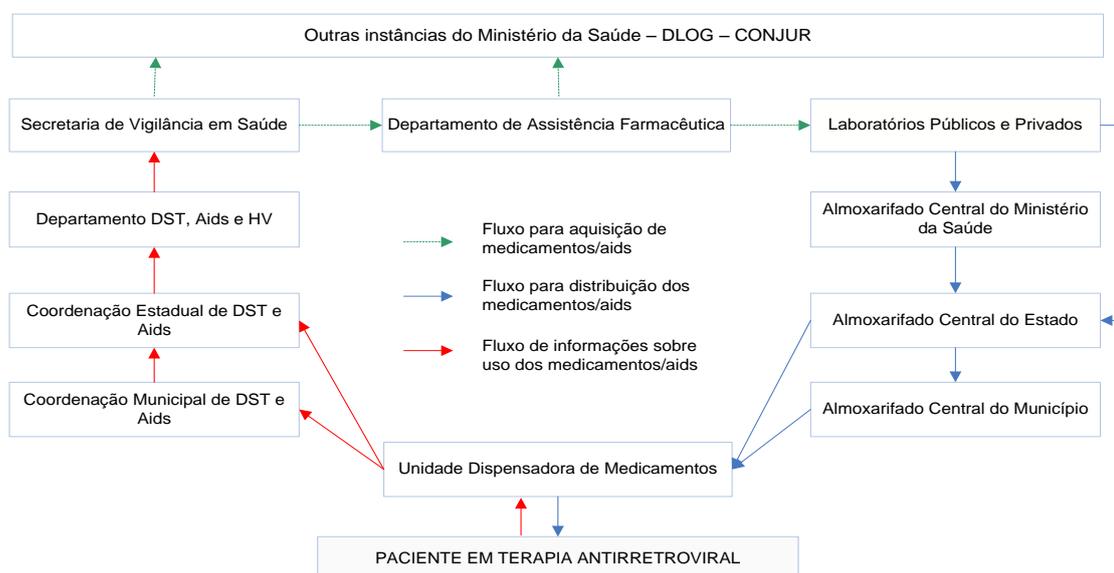
Fonte: Marin, N; Luiza, VL, Osorio de Castro, CGS, 2003

Nesse ciclo, o processo de *seleção* visa definir o elenco de medicamentos que deverão estar disponíveis e os principais critérios do seu fornecimento (no caso dos antirretrovirais para aids, tem-se conforme dito, o documento de consenso do MS), atuando como eixo norteador para as demais etapas desse processo. A *programação*, com base em informações que visam estimar as necessidades (tem-se, no SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos de Aids –, o sistema de informações de uso dos ARV), tem como finalidade determinar as quantidades necessárias para a *aquisição*, seguindo um calendário que atenda as demandas da rede de serviços de saúde, para um determinado período de tempo, objetivando o alcance da cobertura desejada. Os componentes de *armazenamento* e *distribuição* visam assegurar a qualidade dos medicamentos nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos ARV (UDM). Para tanto, utilizam-se de condições adequadas de armazenamento e controle de estoque eficaz, de forma a garantir a disponibilidade para *utilização* desses produtos nos

serviços de saúde que prestam atendimento ao usuário, garantida sua qualidade desde o recebimento até a entrega ao usuário.

Com base no Ciclo da Assistência Farmacêutica supracitado, no âmbito do planejamento das necessidades e demandas para implementação da política de medicamentos, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (D-DST-AIDS-HV), é responsável pela seleção dos medicamentos e as definições técnicas de estimativa de necessidades de cada item. Esse processo é centralizado e realizado anualmente, com base no histórico de consumo de cada medicamento e seus estoques, para garantir uma cobertura estimada de 15 meses. Esse processo pode ser melhor analisado na Figura 2.

Figura 2: Fluxo de aquisição, distribuição e informação sobre os medicamentos/aids



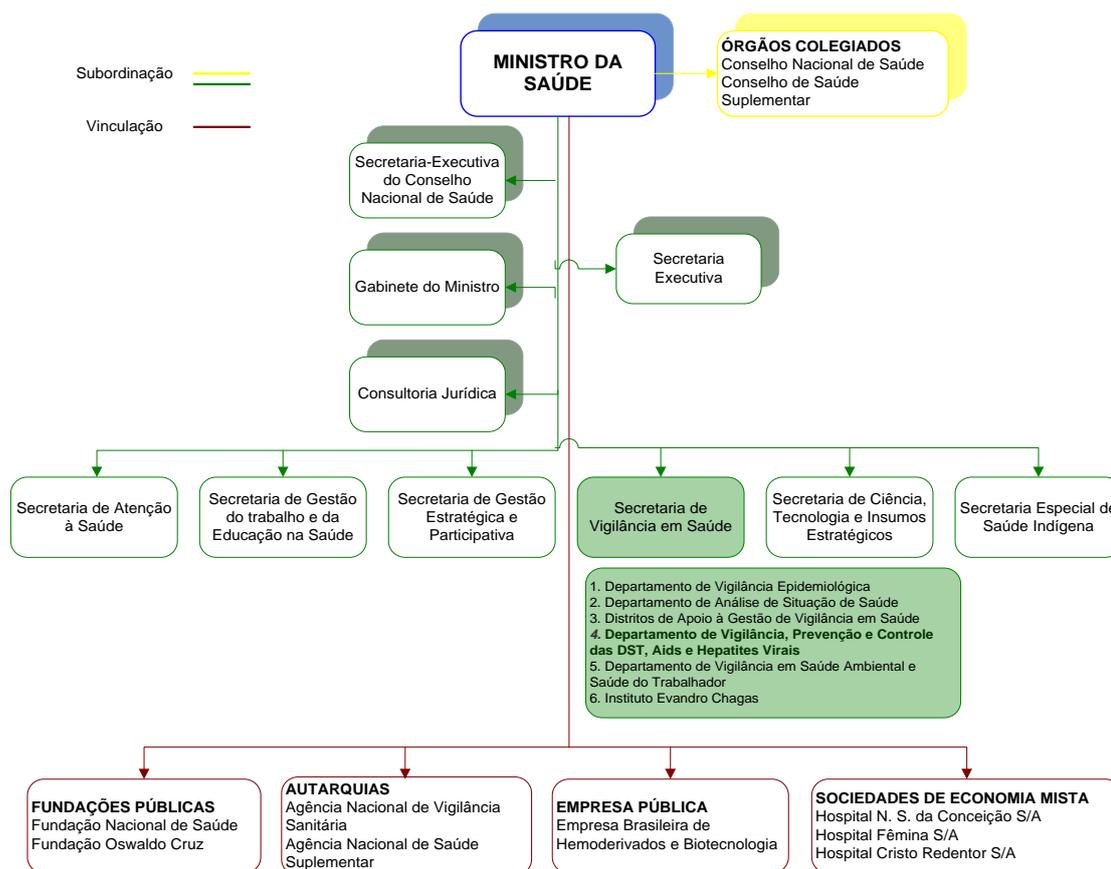
Fonte: D-DST-AIDS-HV

Legenda: DLOG = Departamento de Logística; CONJUR = Consultoria Jurídica.

A programação para aquisição é elaborada pelo D-DST-AIDS-HV e é encaminhada à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), a qual está subordinada. Esta, por sua vez, após análise e anuência, direciona esta programação ao Departamento de Assistência Farmacêutica, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE) do Ministério da Saúde – órgão responsável pela gestão dos contratos e convênios firmados. Além desse, outros departamentos são envolvidos nos processos de compra, como o Departamento de Logística, da Secretaria Executiva – (DLOG/SE), que define as modalidades de compra e realiza a execução dessas aquisições e a Consultoria Jurídica (CONJUR/MS) que faz apreciação jurídica dos contratos e convênios a serem celebrados.

Ao Programa Nacional de DST e Aids foram incorporadas as ações de controle das hepatites virais. Atualmente, está designado como *Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais (D-DST-AIDS-HV)*, subordinado à Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, conforme organograma apresentado na Figura 3.

Figura 3: Organograma do Ministério da Saúde



Fonte: Ministério da Saúde

Em relação à logística de distribuição, os ARV adquiridos são encaminhados para os almoxarifados centrais dos Estados, basicamente, por meio do Serviço de Armazenamento e Distribuição de Medicamentos do MS – SADM e/ou pelos laboratórios farmacêuticos nacionais produtores de ARV. Nos estados, o fluxo obedece à sua organização local e o medicamento pode seguir para as Regionais de Saúde ou Municípios e desses para as “Unidades Dispensadoras de Medicamentos” - UDM.

Em geral, a rede de serviços para assistência às PVHA está organizada por meio de hospitais convencionais (HC), hospitais-dia (HD), serviços de atendimento especializado (SAE), atendimento domiciliar terapêutico (ADT) e UDM. Essas Unidades são

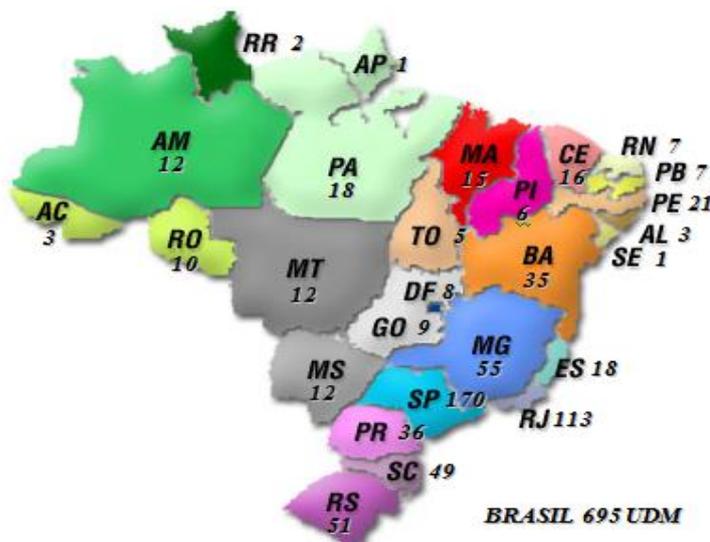
estabelecimentos integrantes de serviço de saúde que realizam controle de estoque local e dispensação de medicamentos para o atendimento dos usuários com HIV/aids em TARV.

Os portadores de HIV que necessitam iniciar tratamento ARV, são encaminhados para essas UDM, onde são cadastrados para a retirada periódica dos medicamentos que lhes são prescritos. Dessa forma, essas Unidades são responsáveis pelo fornecimento dos principais dados primários do ciclo da assistência farmacêutica dos ARV: demanda e estoque de cada medicamento.

A definição, estruturação, organização e implementação das UDM é de responsabilidade do gestor ou responsável no nível local, quer seja do estado ou município, ficando a este vinculado hierarquicamente. Existe no D-DST-AIDS-HV, a proposta de uma portaria contendo o regulamento técnico para funcionamento de uma UDM.

Em 2011, em torno de 695 UDM, distribuídas nas Unidades Federadas do País, estavam cadastradas no SICLOM, conforme demonstra a Figura 4.

Figura 4. Distribuição das Unidades Dispensadoras de Medicamentos para HIV/aids no Brasil



Fonte: SICLOM, 2011

1.4 Informação, sistema de informação e tomada de decisão

A informação é um recurso de suma importância nas análises situacionais de saúde pública, em todas as esferas governamentais. Ela serve como subsídios para o planejamento, a organização e gestão dos serviços, o monitoramento, avaliação e o replanejamento.

Cada vez mais, o crescente número de informações a serem analisadas antes da tomada de decisão, requer a organização e sistematização por meio de sistemas de informação, de forma a melhorar o seu uso nas atividades gerenciais (O'Brien, 2004).

Um sistema de informação pode ser definido como um conjunto de componentes relacionados entre si, que permitem sistematizar a coleta de dados relevantes, seu processamento, armazenamento e distribuição de informação nas organizações. É um sistema no qual a entrada principal são os dados, que, por diversas maneiras, são transformados em informação para as pessoas da organização. (Laudon & Laudon, 1999)

Segundo Benito & Licheski (2009), os sistemas de informação representam importantes instrumentos de apoio à gestão do trabalho em saúde, seja para as ações administrativo-burocráticas, seja para as atividades baseadas em conhecimentos técnico-científicos, especialmente as que dependem de informações atualizadas. Os autores apontam como resultados o aprimoramento do profissional, com ampliação da sua capacidade de mudar a realidade, bem como a inovação nos processos de saúde que potencializam as competências pessoais e uma melhoria na resposta do serviço.

Segundo Luiza (2006), o funcionamento adequado e consistente do “Ciclo de Assistência Farmacêutica”, apresentado anteriormente, requer o aporte de mecanismos apropriados de gerenciamento que garantam o planejamento, recursos e infraestrutura necessários, baseados em um sistema de informações adequado e confiável.

Assim, o D-DST-AIDS-HV desenvolveu em 1997 e implementou entre esse ano e 1999 o “Sistema de Controle Logístico de Medicamentos de Aids” — SICLOM que visava atender à necessidade de controle consistente e apropriado desses dados.

2 SISTEMA DE CONTROLE LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS – SICLOM

A complexidade da rede de serviços, o aumento do número de indivíduos em terapia ARV e, conseqüentemente, de medicamentos para compor o tratamento tornou cada vez mais necessário a utilização da tecnologia de informação para administração das atividades logísticas, particularmente na gestão da informação.

O SICLOM foi criado com o objetivo de gerenciamento logístico das informações sobre os medicamentos ARV. Para tanto, construiu-se um cadastro nacional de pacientes com HIV em atendimento no sistema público de saúde; um histórico dos esquemas terapêuticos utilizados e suas eficácias; um conjunto de estatísticas relacionadas aos tratamentos e aos pacientes e, por fim, o controle dos estoques locais de ARV com vistas a garantir o pronto e correto atendimento nas farmácias das UDM de serviços públicos de saúde (em conformidade com as “Recomendações para Terapia Antirretroviral”).

2.1 Do projeto piloto à remodelação

O projeto piloto do SICLOM foi implantado no Distrito Federal, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo, entre 1997 e 1999. Na época, foram necessárias diversas correções e adaptações desse sistema. . Mesmo assim, permanecia um sistema robusto e pesado, com processamento moroso e, conseqüentemente, com baixa adesão quanto à sua utilização.

Por isso, a área de informática da então Coordenação Nacional de DST/Aids realizou em 2004 um levantamento das principais dificuldades para a implantação desse sistema. Constataram-se dentre outros, problemas técnicos relacionados à funcionalidade do sistema, falta de cumprimento na hierarquia do repasse de informações, falta de infraestrutura necessária para manutenção do sistema, falta de informação sobre situação das UDM, além da escassez e/ou alta rotatividade de recursos humanos (Brasil, 2005).

A partir desse diagnóstico situacional, a primeira versão desse aplicativo passou por um processo de remodelação. Ainda em 2004, foi instituído um grupo técnico interno para reestruturar esse processo, com foco na simplificação da estrutura de informações clínicas, gerenciamento por meio de módulos hierarquizados via internet, melhoria na interface do sistema para facilitar e agilizar o uso e disponibilização de relatórios técnicos e gerenciais.

Como resultado dessa reformulação, essa ferramenta traz por objetivos: (Brasil, 2006):

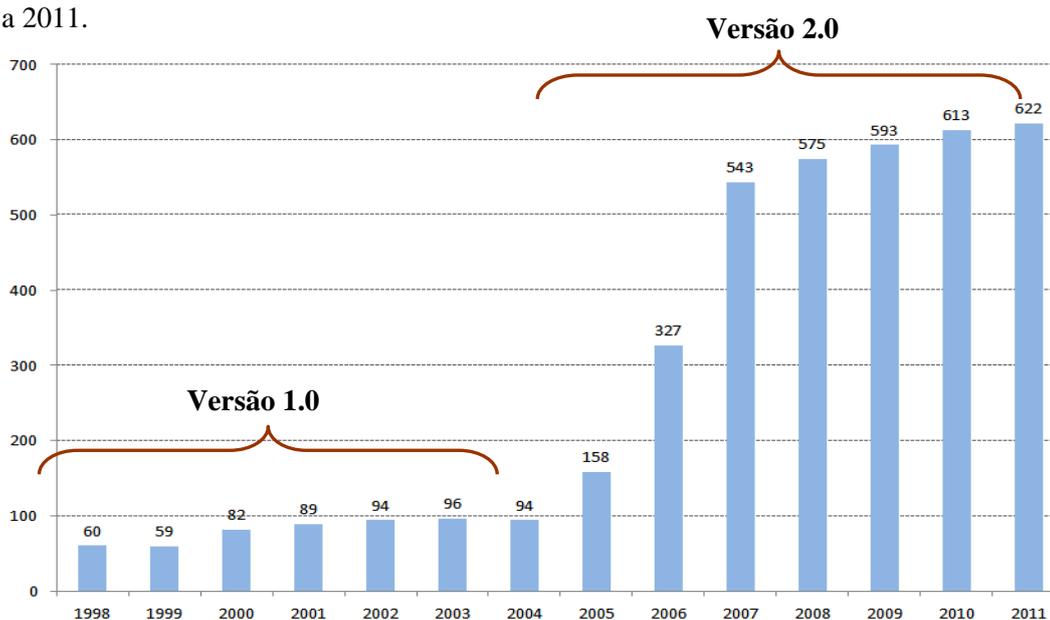
- Melhorar a capacidade de resposta da área de logística de medicamentos ARV do Departamento de DST/aids e Hepatites Virais e das Unidades Federadas e Locais;
- Ampliar a capacidade de planejamento das aquisições dos medicamentos ARV;

- Aprimorar a qualidade das informações geradas no controle logístico de medicamentos ARV;
- Otimizar o fluxo das atividades desenvolvidas no processo logístico, nas diversas esferas de gerenciamento do SICLOM;
- Possibilitar a ampliação de ações para promoção da adesão à terapia ARV;
- Controlar o estoque mensal de cada medicamento ARV nas diversas esferas de gerenciamento, obtendo uma estimativa do estoque disponível na rede de serviços.
- Possibilitar a ampliação do controle local dos medicamentos utilizados para as manifestações associadas a aids ou doenças sexualmente transmissíveis;
- Monitorar os tratamentos para DST/aids e manifestações associadas a aids, nas diferentes categorias de usuários;
- Permitir a avaliação da qualidade da assistência aos doentes com aids, gestantes e crianças expostas ao HIV.

O sistema pressupõe três funcionalidades básicas, em relação aos ARV, que são: o cadastramento dos pacientes em tratamento, o controle da dispensação dos medicamentos e o controle de estoque. Os procedimentos necessários para a realização dessas atividades no SICLOM poderão ser melhor compreendidos a partir da construção do seu modelo lógico, apresentado mais adiante.

Pode-se observar na Figura 5, a evolução do uso desse sistema ao longo de sua implantação, verificando-se que houve, a partir da remodelação do sistema, em 2005, verifica-se um incremento considerável no número de UDM que realizaram pelo menos uma dispensa utilizando o SICLOM.

Figura 5. Distribuição do número de UDM utilizando o módulo operacional do SICLOM. Brasil, 1998 a 2011.



Fonte: D-DST/AIDS/HV, 2011

Por outro lado, embora a estratégia de desenvolvimento de um sistema informatizado para administração e consolidação das informações sobre os ARV no País demonstre resultados otimistas, tem-se constatado que essas informações não são alimentadas de forma regular. E, os dados provenientes das UDM merecem ressalva na sua interpretação. É possível realizar o acompanhamento das UDM em termos de: quantidades de unidades cadastradas; cadastro de pacientes; dados de dispensação e estoque. A visualização dessas informações pode ser feita por meio do site do sistema, no seguinte endereço: <http://azt.aids.gov.br/gerencial/>.

Assim, em “Acompanhamento atual da UDM” supracitado, pode-se verificar o último lançamento realizado pela UDM, para cada uma das funcionalidades mencionadas. Nesse sentido, como exercício, será analisado o estado A que é apresentado da seguinte forma: dispõe de 17 unidades cadastradas e sete realizando dispensação pelo SICLOM. Porém, ao se analisarem as datas dos últimos lançamentos, constata-se que uma UDM fez o último lançamento em 2008, duas em 2009, e as demais em 2012. Ou seja, o mais coerente é dizer que quatro das sete UDM realizam dispensação de medicamentos pelo SICLOM.

Mesmo com a reformulação do sistema, essa irregularidade na alimentação dos principais dados no SICLOM não atendia aos objetivos de gerenciamento logístico do sistema. O Departamento necessitava de informações mensais de estoque, consumo e número de pacientes para o adequado planejamento e reposição dos estoques dos medicamentos. Portanto, em 2007, foi implementado o SICLOM Gerencial, cujo principal objetivo desse módulo era estabelecer um mecanismo de envio mensal dos dados consolidados de todas as dispensações e movimentação de estoque realizada. Este é um módulo simplificado, por meio do qual as UDM preenchem os dados consolidados mensalmente em dois relatórios gerenciais. O Boletim para uso de medicamentos/aids traz o número de usuários SUS em uso de ARV e consumo de cada medicamento no mês e o Mapa de movimento mensal de medicamentos/aids, traz os dados de entradas, saídas e estoque final de cada medicamento no referido mês.

Ainda, sob o ponto de vista do gerenciamento logístico de medicamentos, foi desenvolvido em 2009 um terceiro módulo do sistema, denominado Programação Ascendente, que visa um maior compartilhamento da responsabilidade no suprimento das necessidades de medicamentos ARV entre as estruturas participantes da cadeia logística de insumos estratégicos em DST/Aids.

Convém ressaltar que a breve descrição do módulo Gerencial e da Programação Ascendente servirá apenas para contextualização do sistema como um todo, não fazendo esses recursos parte do objeto deste trabalho.

Arquitetura do SICLOM

| |
|---|
| SICLOM OPERACIONAL (1997) |
| Controle do histórico dos esquemas terapêuticos utilizados. Gerenciamento logístico das informações sobre os medicamentos ARV |
| SICLOM GERENCIAL (2007) |
| Envio de dados consolidados do consumo e número de usuários SUS em uso de ARV Envio da consolidação dos dados de movimentação dos estoques dos ARV |
| PROGRAMAÇÃO ASCENDENTE (2009) |
| Gestão compartilhada do processo de abastecimento / ressurgimento dos ARV, desde a UDM ao Departamento. |

2.2 Problema identificado no SICLOM

Desde a remodelação e simplificação do SICLOM — em 2005, é aparente o aumento no uso do sistema. Todavia, conforme apresentado anteriormente, o sistema não é alimentado de forma regular, sendo que atualmente, cerca de 10% das UDM não utilizam plenamente o sistema, comprometendo a qualificação das informações necessárias à tomada de decisão.

Por outro lado, cumpre ressaltar os inúmeros investimentos aplicados no desenvolvimento e implementação desse sistema em todos os serviços de dispensação de medicamentos de aids no país. Tais investimentos são relativos a equipamentos, recursos financeiros e capitais humanos e intelectuais.

Assim, diante de um compromisso político e social e da importância da informação gerada pelo sistema para os tomadores de decisão, bem como para a organização do serviço, entende-se que a investigação da implantação do SICLOM no nas UDM do Distrito Federal trará contribuições para melhoria do processo.

2.3 Modelo Lógico do SICLOM

O Modelo Lógico do Programa (MLP) é um esquema visual que delinea como um programa deve ser implementado, com uma racionalidade implícita que permita analisar a sua relação com os efeitos esperados (Medina et al. 2005).

O *modelo lógico* objetiva sintetizar a descrição da intervenção a ser realizada. Ele compreende identificar a relação entre o problema abordado e as ações de controle a serem utilizadas. O modelo utilizado neste estudo foi adaptado do *Centers for Disease Control and Prevention – CDC* (1999), que visa descrever os componentes do Programa e sua forma de funcionamento, com vistas a estabelecer as relações entre a intervenção e os efeitos esperados.

Assim, o *Modelo Lógico* do SICLOM estabelece uma relação entre os recursos disponíveis para operacionalizar o sistema, as atividades desenvolvidas e os efeitos esperados dessa intervenção, a curto, médio e longo prazos, segundo os componentes técnicos de assistência e de vigilância. Esses componentes técnicos consideram o monitoramento dos tratamentos com ARV, os estoques desses medicamentos (Assistência) e os dados cadastrais dos Usuários SUS para fins de identificação de casos de aids (Vigilância Epidemiológica).

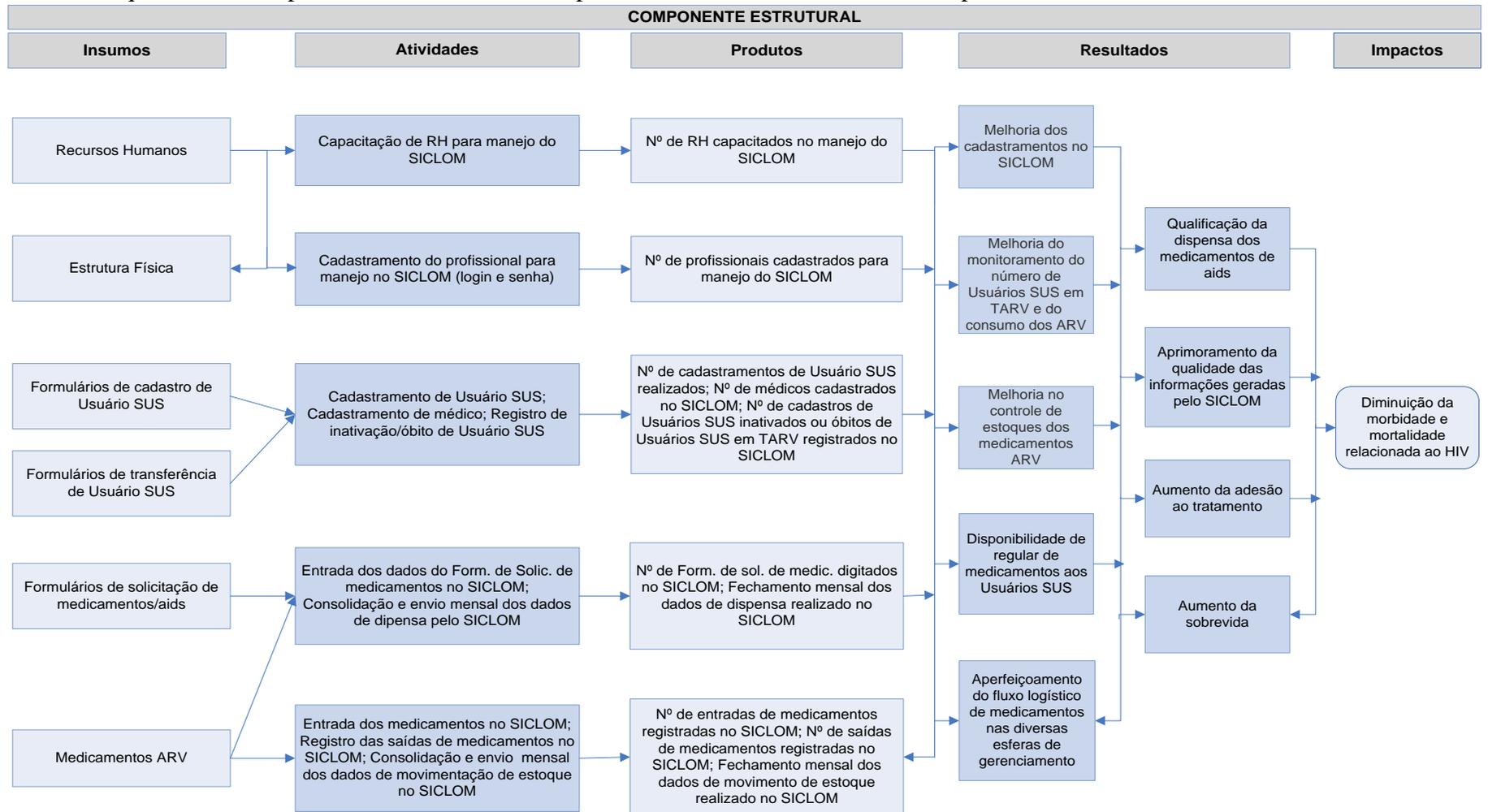
Cabe destacar que o SICLOM não foi delineado para a vigilância epidemiológica da aids no Brasil. No entanto, desde 2004, juntamente com o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais – SISCEL, o sistema vem sendo utilizado no relacionamento dos dados com o SINAN/AIDS, em especial, pela esfera federal com a finalidade de identificar casos de aids (Paz, 2008). A adoção dessa alternativa estratégica tem sido estimulada pelo Departamento nos níveis estadual e municipal.

Os principais resultados esperados com a implantação do SICLOM são a melhoria do monitoramento do número de Usuários SUS em uso de ARV; o consumo e o controle de estoques desses medicamentos; a disponibilidade contínua dos ARV; o aperfeiçoamento do fluxo logístico de ARV nas diversas esferas de governo; a qualificação da dispensação dos medicamentos/aids; qualificação das informações geradas pelo sistema; aumento da adesão ao tratamento ARV; aumento da sobrevivência, além da melhoria na identificação dos pacientes com HIV/ AIDS.

Em conjunto com outras ações de controle, a implantação desse sistema visa contribuir, em longo prazo, a diminuição da morbidade e mortalidade por aids no País. Cabe informar que a construção do modelo lógico do SICLOM levou em consideração documentos oficiais sobre o sistema e contou com a contribuição de alguns atores chave do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Figura 6. Modelo Lógico do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – SICLOM

Situação problema: O uso irregular do módulo operacional do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – SICLOM –, tem acarretado cobertura inadequada dos dados e comprometido a qualidade de análise dos esquemas terapêuticos; o acompanhamento da adesão dos pacientes; bem como, a qualidade de importantes indicadores de resposta nacional ao enfrentamento da epidemia..



2.4 Funcionalidades do SICLOM

As atividades relativas às funcionalidades básicas do sistema são: cadastramento, dispensação e controle de estoques dos medicamentos de aids. Esses procedimentos operacionais foram descritos no Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS do Ministério da Saúde, publicado em 2010, e nos manuais de referência do SICLOM.

2.4.1 Cadastramento de Pacientes

Todos os portadores de HIV, usuários SUS, com indicação de uso contínuo de medicamentos ARV devem ser cadastrados no SICLOM. Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma UDM, ficando a escolha da UDM segundo seu critério de conveniência.

Assim, para ser cadastrado, o Usuário SUS deve preencher o *Formulário de Cadastramento de Usuário SUS* (Anexo A) e apresentá-lo, devidamente preenchido e assinado, com um documento de identificação com foto. Em caso de menores de idades ou aqueles considerados incapazes, faz-se necessária a apresentação de documento do responsável legal. No formulário, são campos obrigatórios: nome do usuário SUS; nome da mãe do usuário SUS; cidade de nascimento/ UF; data de nascimento; sexo; raça/cor; cidade de residência/ UF; acompanhamento médico, se público ou privado; ação cautelar; ano de início do tratamento; assinatura do responsável pelo preenchimento e assinatura do usuário SUS.

Podem ocorrer situações de transferência de um Usuário SUS quer seja proveniente de outra UDM ou que esteja cadastrado no SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais). No caso do Usuário SUS proveniente de outra UDM, é necessário o preenchimento do *Formulário de Transferência* (Anexo B), documento de identificação com foto e relatório médico contendo histórico clínico terapêutico.

O SISCEL é o sistema de acompanhamento dos exames de contagem de linfócitos T-CD4+/CD8+ e Carga Viral dos Usuários SUS. Nesse caso, quando há indicação de início de tratamento para um Usuário em acompanhamento nesse sistema, os dados de cadastro podem ser migrados para o SICLOM, sendo identificado no sistema como “Paciente SISCEL”.

Uma das premissas dessa funcionalidade é manter a base de dados atualizada. Nesse sentido, é imprescindível que o profissional de saúde esteja atento às necessidades de registro de óbitos de Usuários SUS que estavam em uso de ARV e de inativação de cadastro. Essa inativação pode ser por abandono de tratamento, duplicidade de registro, transferência de UDM, fim de gestação, interrupção de tratamento ou cadastro indevido.

Os médicos que assistem a esses Usuários SUS, por sua vez, também devem estar cadastrados no SICLOM. No sistema só é permitido o registro do Conselho Regional de Medicina (CRM) pertencente à Unidade Federada da UDM. Assim, caso o usuário esteja com receituário de outro estado, necessitará passar por consulta médica na UDM em que se apresentou para efetivação da dispensação.

2.4.2 Dispensação de Medicamentos

A dispensação de ARV é realizada para Usuário SUS devidamente cadastrado e com indicação de uso contínuo desses medicamentos (pacientes crônicos). É permitido ao Usuário SUS, no caso de sua impossibilidade, indicar para o cadastro pessoa de sua confiança, que assim ficará autorizada a retirar seus medicamentos.

Além dos pacientes crônicos, a dispensação de ARV pode ocorrer em situações específicas, como profilaxia de exposição ocupacional ou não-ocupacional, em que a situação de exposição represente risco de transmissão do HIV; para gestantes com HIV, que deverão receber medicamentos prescritos para o momento do parto, como profilaxia da transmissão vertical HIV e recém-nascidos expostos ao HIV; casais soro-discordantes; e outros (Brasil, 2008). Essas situações pontuais não requerem o cadastro prévio desses Usuários SUS.

Por outro lado, para qualquer categoria de usuário, para a dispensação de ARV, é exigida a apresentação do *Formulário de Solicitação de Medicamentos* (Anexo C) e o *Receituário de Controle Especial* (Anexo D) devidamente preenchido e assinado pelo médico (Brasil, 1999). No momento da dispensação, o usuário assina atestando o recebimento e o farmacêutico responsável confirmando a entrega. Note que a designação de “usuário” será daqui para diante utilizada em substituição “a pessoa vivendo com HIV/Aids em uso de ARV”.

O *Formulário de Solicitação de Medicamentos* é composto por: (1) identificação do usuário; (2) categoria do usuário (adulto, criança, gestante, parturiente, recém-nascido exposto ao HIV e pessoa vítima de exposição ocupacional e não ocupacional ao HIV); (3) motivo da mudança da terapia, caso isso tenha ocorrido; (4) se o usuário for gestante, informar a semana de gestação; se o usuário for criança exposta, informar a data de nascimento e os dados de identificação da mãe ou mulher com HIV que a amamentou; se o usuário for pessoa vítima de exposição ao HIV, informar a data da exposição; (5) data de início do tratamento; (6) informar se foi realizado exame de genotipagem; (7) informar se o formulário é válido para

uma, duas ou três dispensas e, nesses casos, informar a justificativa para essa dispensação; e, (8) a identificação dos medicamentos que foram dispensados para o(a) usuário(a).

A prescrição deve ser conferida e escriturada pelo profissional farmacêutico. Conforme estabelecido no Protocolo de Assistência farmacêutica em DST/HIV/AIDS (Brasil, 2010a), a dispensação de medicamentos ARV pressupõe a execução dos seguintes procedimentos: (a) Proceder a leitura e análise dos dados contidos no Formulário de Solicitação de Medicamentos e Prescrição Médica; (b) Verificar se a retirada dos medicamentos está dentro do prazo estabelecido pelo MS, bem como se o formulário é válido para uma ou duas dispensações; (c) Separar/armazenar os ARV, adotando medidas que visem sempre que possível à dispensação do medicamento de menor prazo de validade; (d) Proceder à entrada de dados do Formulário de Solicitação de Medicamentos no SICLOM; (e) Ao salvar a dispensação no SICLOM, observar se houve alguma crítica clínica pelo sistema. Em caso de crítica impeditiva de dispensação, o farmacêutico da Unidade deverá entrar em contato com o médico assistente e procurar esclarecer ao mesmo os motivos que levaram à impossibilidade de dispensação dos medicamentos. Caso a crítica não seja impeditiva, fica a cargo do farmacêutico, em conjunto com o médico assistente, elucidar a melhor conduta a ser tomada; (f) Conferir todos os medicamentos dispensados em conjunto com o Usuário SUS e realizar orientações mínimas, verificando previamente o que já foi informado pelo médico prescritor e o que o paciente já sabe; (g) Requerer a assinatura do paciente, ou de seu representante cadastrado, referente ao recebimento dos medicamentos dispensados; (h) Arquivar a primeira via da Prescrição médica e do Formulário de Solicitação de medicamentos.

Em geral, as prescrições de medicamentos devem seguir as regras preconizadas nas recomendações técnicas para terapia antirretroviral. Trata-se de documento de consenso do D-DST-AIDS-HV, que estabelece as diretrizes para dispensação de medicamentos, contendo os principais esquemas terapêuticos com ARV, permitidos para cada quadro clínico apresentado. Ou seja, essas regras são inseridas no SICLOM para garantir esse procedimento e evitar o uso de esquemas terapêuticos danosos à saúde dos usuários. Assim, o aplicativo informa ao dispensador se a prescrição registrada no sistema está ou não de acordo com as recomendações do MS. Em situações danosas ao usuário, a dispensação é impedida.

Preconiza-se que o registro de cada dispensação seja realizado no momento em que o usuário se apresenta para a retirada dos medicamentos. O registro em tempo real permite a análise do esquema anteriormente retirado ou se a retirada está no prazo preconizado (mínimo de 22 dias após a última retirada).

Ao final do mês todas as dispensações devem estar registradas no SICLOM. Após conferência é necessário que se faça o fechamento desses dados por meio do módulo Gerencial, no *Boletim Mensal para Avaliação do Uso de Medicamentos* (Anexo E).

2.4.3 Controle de Estoque

O controle de estoque dos ARV é relativo a toda movimentação realizada dentro do mês, ou seja, dados de entrada e saída dos medicamentos.

Por tratar-se de medicamentos sob controle especial, todas as entradas dos ARV deverão ser devidamente registradas. As entradas previstas são os recebimentos mensais provenientes do respectivo município ou de outras unidades dispensadoras por meio de um remanejamento. O controle das entradas desses medicamentos é feito considerando sua forma farmacêutica, embalagem e validade, com controle dos respectivos lotes.

Desde 2009 esse procedimento é realizado no módulo de Programação Ascendente, que não será abordada no escopo deste trabalho. Todavia, os dados de movimentação de estoque serão utilizados nas análises de alguns indicadores.

Similarmente às entradas, todas as saídas também devem ser devidamente registradas. Em geral, as saídas dos medicamentos são condizentes com as dispensações realizadas no período. As saídas por consumo são automaticamente debitadas do estoque no momento da entrega. Estão previstas ainda, saídas por remanejamento, devolução, perdas, entre outros. Nos mesmos moldes da entrada, o controle das saídas desses medicamentos considera sua forma farmacêutica, embalagem e validade e número de lote. Outros tipos de saída são possíveis de serem registrados no sistema:

Os remanejamentos podem ser realizados entre UDM do mesmo estado ou de uma UDM para o Almoxarifado municipal/estadual ao qual está vinculado.

A devolução de medicamentos é um procedimento que somente pode ser feito para o Almoxarifado ao qual a UDM está vinculada. Nos casos em que a UDM faz parte de um hospital, pode ser necessário a saída de medicamentos para paciente internado, que não esteja de posse dos seus medicamentos. Nessa situação, procede-se a esse tipo de registro de saída no SICLOM.

As maternidades e Unidades de Referência (MAT/URE) para atendimento aos casos de exposição ocupacional/não ocupacional não fazem uso do módulo do SICLOM Operacional. Esses serviços devem estar vinculados a uma UDM, por meio da qual recebe os medicamentos para profilaxia da transmissão vertical do HIV e/ou para profilaxia de outras

formas de exposição ao HIV. As saídas dos medicamentos são, então, registradas por meio do dispositivo “Saída para MAT/URE vinculada”.

Podem ocorrer, ainda, perdas dos medicamentos por expiração do prazo de vencimento, roubo ou danificação, que devem ser registrados no sistema, com o motivo da ocorrência.

Por fim, para que essa funcionalidade esteja adequada é fundamental que seja realizada a conferência entre o estoque físico e aquele registrado no SICLOM. Esse procedimento viabiliza, de forma adequada, a elaboração das estimativas de ressuprimento da UDM.

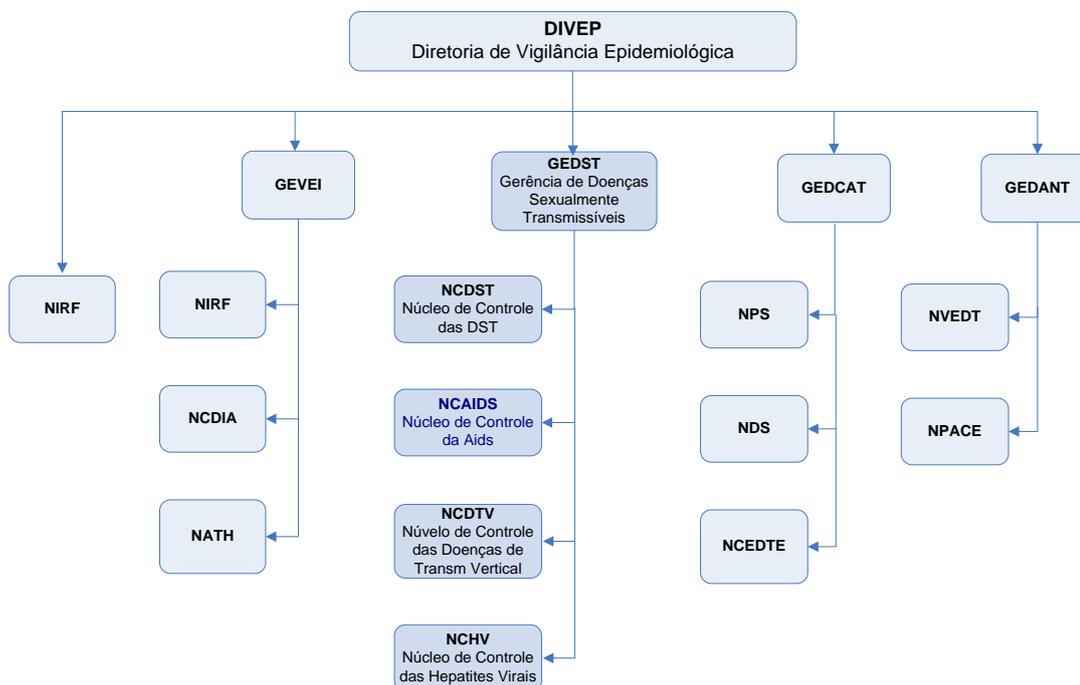
Recomenda-se que seja realizado no primeiro dia útil do mês subsequente, antes do registro da primeira dispensação do referido mês. Nesse momento, se houver necessidade, é possível que se façam ajustes para regularização dos dados. A partir de então, efetua-se o fechamentos das informações permitindo que se importem os dados para o *Mapa de Movimento Mensal de medicamentos* (Anexo F) no SICLOM Gerencial.

2.5 Contexto organizacional

No Distrito Federal, a Subsecretaria de Vigilância à Saúde trabalha para corroborar as diretrizes e protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, bem como valorizar a análise de dados como fator determinante para o aperfeiçoamento do SUS. Para isso, conta com o apoio das diretorias de Vigilância Epidemiológica/DIVEP, Vigilância Ambiental/DIVAL e Vigilância Sanitária/DIVISA e o Laboratório Central/LACEN.

A DIVEP é o órgão responsável pelas ações de vigilância epidemiológica na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Em sua estrutura administrativa, que abrange quatro Gerências, está a Gerência de Doenças Sexualmente Transmissíveis, que engloba, dentre outros, o Núcleo de Controle da aids (Figura 7).

Figura 7: Organograma da Subsecretaria de Vigilância à Saúde / SES / DF



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (<http://www.saude.df.gov.br>, em 19/1/2012, às 20h15min)

Nas regionais de saúde, a rede de assistência aos pacientes infectados pelo HIV está estruturada, entre hospitais convencionais, hospital universitário, hospital-dia, serviços de atendimento especializado e outros. As unidades dispensadoras de medicamentos – UDM, que realizam atendimento e dispensação de medicamentos às pessoas vivendo com HIV/Aids, estão vinculadas a um desses serviços.

No Distrito Federal, os Centros de Saúde estão aptos para o atendimento de pessoas com DST e para a testagem para o HIV, a sífilis e as hepatites B e C.

Para a assistência e tratamento aos portadores de HIV/Aids e Hepatites Virais, existem centros de referência específicos, vinculados à seis regionais de saúde, que serão apresentadas na seção seguinte.

O Secretário de Estado da Saúde do DF, por meio da Portaria nº 73, de 18/5/10, instituiu os Programas de DST, aids e hepatites virais e seus coordenadores, vinculando-os a cada regional e não ao centro de saúde. No âmbito da assistência ao tratamento dos pacientes com HIV/Aids, o Distrito Federal dispunha de oito UDM nessa ocasião (Tabela 1). Em novembro de 2011 houve a implementação de mais uma UDM, não sendo incluída neste estudo.

Tabela 1: Distribuição de Usuários SUS em uso de ARV, por UDM. Distrito Federal, 2011.

| UDM | Nº de Usuários SUS em uso de ARV* |
|--------------|-----------------------------------|
| 01 | 282 |
| 02 | 123 |
| 03 | 148 |
| 04 | 169 |
| 05 | 551 |
| 06 | 279 |
| 07 | 2.269 |
| 08 | 681 |
| Total | 4.502 |

Fonte: SICLOM

Nota: * Dados referentes a Junho de 2011.

As oito UDM pré-existentes foram treinadas pelo Departamento de DST, Aids e HV, realizam cadastro de pacientes, cadastro de estoque e todas elas registraram pelo menos uma dispensação diretamente pelo sistema, ao longo dos últimos seis meses. Em uma das unidades, cujo levantamento havia sido iniciado, houve necessidade de interrupção da coleta de dados, por questões éticas. Por essa razão, o presente estudo, foi realizado em sete das oito UDM. Considerando tratar-se de um estudo de caso, a pesquisadora entende que esse fato não trará maiores prejuízos aos achados da pesquisa.

2.6 Contexto externo

O Distrito Federal (DF) possui uma população estimada em cerca de 2.570.160 habitantes (IBGE, 2010), tendo como área territorial total 5.787,784 km², o que representa densidade populacional de aproximadamente 444,07 hab./km². O DF é um semi-enclave de Goiás, sendo praticamente circundado por esse estado, exceto na ponta sudeste que faz divisa com Minas Gerais

Figura 8: Mapa do Distrito Federal e municípios circunvizinhos



Fonte: Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN)

A Constituição de 1988, em seu Art. 32, veda expressamente a divisão do DF em municípios. Conforme Art. 10, da Lei Orgânica do Distrito Federal, promulgada em junho de 1993, o DF organiza-se em Regiões Administrativas (RA), visando a descentralização administrativa, o uso racional dos recursos para o desenvolvimento socioeconômico e a melhoria da qualidade de vida. Atualmente, o território é dividido em 31 RA, das quais 12 RA ainda não possuem as poligonais definidas, ou seja, apenas 19 RA são reconhecidas pelo IBGE. Cabe destacar que o mapa (Figura 9) também não contém essa nova regionalização.

A seguir, no Quadro 1, se tem a divisão territorial do DF segundo Regiões Administrativas (RA), Diretorias Regionais de Saúde (DRS) e Regiões de Saúde.

Quadro 1: Regiões Administrativas e Diretorias Regionais de Saúde nas Regiões de Saúde do Distrito Federal.

| Denominação | Regiões Administrativas (RA) | Diretorias Regionais de Saúde (DRS) | Regiões de Saúde | |
|------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| RA I RA XVI | Brasília (Asa Sul) Lago Sul | DRS Asa Sul | Módulo I | REGIÃO CENTRO SUL |
| RA XVII RA XIX RA VIII | Riacho Fundo Candangolândia Núcleo Bandeirante | DRS Núcleo Bandeirante | | |
| RA X | Guará | DRS Guará | | |
| RA I RA XVIII RA XI | Brasília (Asa Norte) Lago Norte Cruzeiro | DRS Asa Norte | Módulo I | REGIÃO CENTRO NORTE |
| RA IX RA IV | Ceilândia Brazlândia | DRS Ceilândia DRS Brazlândia | Módulo I Módulo II | REGIÃO OESTE |
| RA III | Taguatinga | DRS Taguatinga | Módulo I | REGIÃO |

| | | | | |
|---------|------------------|----------------------|-----------|--------------|
| RA XII | Samambaia | DRS Samambaia | Módulo II | SUDOESTE |
| RA XV | Recanto das Emas | DRS Recanto das Emas | | |
| RA V | Sobradinho | DRS Sobradinho | Módulo I | REGIÃO NORTE |
| RA VI | Planaltina | DRS Planaltina | Módulo II | |
| RA VII | Paranoá | DRS Paranoá | Módulo I | REGIÃO LESTE |
| RA XIV | São Sebastião | DRS São Sebastião | | |
| RA II | Gama | DRS Gama | Módulo I | REGIÃO SUL |
| RA XIII | Santa Maria | DRS Santa Maria | | |

Fonte: PDR, 2007

Nota: Observa-se, no contexto das Diretorias regionais de saúde, que no primeiro processo de regionalização algumas regiões administrativas são aglutinadas (vide DRS Núcleo Bandeirante), havendo, também, a cisão de outra RA em duas regionais de saúde (vide Brasília - Asa Sul e Asa Norte). No segundo processo de regionalização essas DRS são reagrupadas em 7 (sete) regiões de saúde, de acordo com o elenco mínimo de serviços a serem ofertados por módulo / região.

Na Figura 9 abaixo, é possível visualizar melhor a divisão das Regiões de Saúde supracitada.

Figura 9: Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal



Fonte: PDR, 2007.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o grau de implantação do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos de aids — SICLOM no Distrito Federal.

3.2 Objetivos Específicos

- Estabelecer parâmetros ou critérios de referência como categorias de avaliação e verificar se a utilização do SICLOM no Distrito Federal está em conformidade com as funcionalidades de cadastramento de pacientes, controle de estoque e controle da dispensação dos medicamentos; e,
- Caracterizar e analisar a influência do contexto organizacional na implementação do SICLOM no Distrito Federal.

4 MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO

A elaboração do Modelo Teórico de Avaliação (MTA) contribui para a identificação do problema a ser investigado, as perguntas avaliativas, as dimensões do estudo e os indicadores que respondam aos objetivos propostos, o contexto e componentes da intervenção para atingir os efeitos desejáveis (Hartz, 1997).

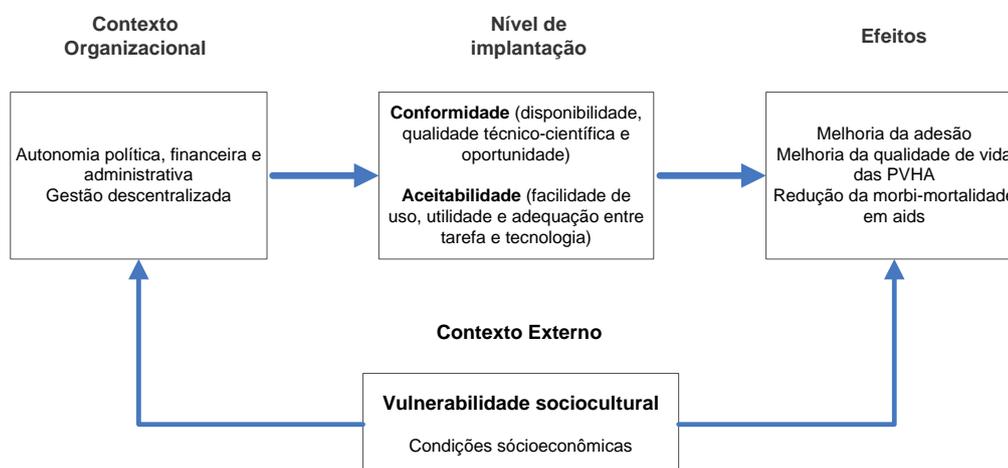
Para Medina et al. (2005), seria uma complementação de informações sobre o funcionamento do programa e suas relações causais. São incluídas especificações do problema, a população-alvo, questões do contexto e os fatores na produção dos resultados esperados.

Assim, de forma a expressar a racionalidade, a lógica das ações de controle e o problema a ser controlado, Cruz (2006) aponta para a necessidade de estruturação de matrizes específicas, para: (a) descrição do programa, que contenha a forma como o programa foi delineado e como ele é executado; (b) o estabelecimento de parâmetros ou critérios de referência que descrevam as normas de boas práticas, como categorias de avaliação e; (c) julgamento que possa identificar e explicar o grau de implantação alcançado, por meio de análise dos critérios estabelecidos.

Para o presente estudo foram consideradas, para estimar o grau de implantação do SICLOM no Distrito Federal, as dimensões de conformidade e aceitabilidade desse sistema informatizado. Ademais, buscou-se analisar quais fatores do contexto organizacional interferem na implantação do referido sistema.

Na Figura 10 é possível a visualização dos contextos, dimensões e efeitos que permeiam a análise da implantação do SICLOM.

Figura 10: Esquemática da análise do nível de implantação do SICLOM no Distrito Federal.



Fonte: Adaptado de Hartz (1997)

Ao se considerar que um sistema de informação é compreendido por cinco recursos principais – pessoas, hardware, software, dados e redes (O’Brien, 2004), o delineamento das dimensões buscou seguir essa concepção.

No contexto organizacional, considera-se que o gerenciamento representa as atividades gerenciais como o planejamento, o monitoramento e a motivação da equipe (Prado e Takaoka, 2007). Os fatores políticos representam o apoio da alta administração ao projeto, que pode ser influenciado pelas mudanças no quadro da alta administração, ou alterações nos objetivos e estratégias da organização (Albertin, 2001).

A base principal da análise do presente estudo está no contexto interno, onde a conformidade é definida como a disponibilidade de insumos e as boas práticas de manejo do SICLOM, estabelecidas nos protocolos e fluxogramas do D-DST-AIDS-HV (relacionadas, portanto, ao contexto mais interno). Essa dimensão pretende verificar a consonância da intervenção com as normas e recomendações, sob o ponto de vista de disponibilidade, qualidade técnica e oportunidade.

A aceitabilidade se insere no estudo como um recurso que visa identificar as percepções dos profissionais que utilizam esse sistema informatizado quanto à sua aceitação, à luz de modelos validados anteriormente.

4.1 Perguntas avaliativas

Foram consideradas para esta avaliação de implantação, as seguintes perguntas avaliativas:

1. Qual o grau de implantação do SICLOM no Distrito Federal?
2. No Distrito Federal, o SICLOM é utilizado em conformidade com as suas funcionalidades previstas de cadastramento de pacientes, controle da dispensação e controle de estoque dos medicamentos antirretrovirais?
3. Quais fatores do contexto organizacional interferem na implantação desse sistema no Distrito Federal?
4. Qual o posicionamento dos profissionais que fazem uso e alimentam esse sistema no Distrito Federal quanto à aceitação do SICLOM, nas atividades de rotina?

A resposta a estas perguntas requer uma descrição da intervenção a ser avaliada. Assim, optou-se pelo uso do *Modelo Lógico* (Figura 4) como instrumento que concretiza a realização dessa tarefa.

4.2 Abordagem e foco da avaliação

Dentre uma diversidade de conceitos de avaliação, destaca-se o de Contandriopoulos et al (1997), para os quais, significa a emissão de julgamento, tendo por base a utilização de métodos científicos. Propõem realizar análises consistentes que permeiam a relação entre a intervenção, o contexto em que ela se localiza e os efeitos esperados, com vistas a contribuir no processo de tomada de decisão.

Uma análise de implantação mede a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção sobre os seus efeitos esperados, em diferentes contextos, bem como busca identificar os fatores desse contexto que influenciam nos resultados da implementação da intervenção em si. Esse tipo de avaliação permite, ainda, analisar a robustez dos efeitos da intervenção e o grau de mudança por ela produzido (Denis & Champagne, 1997).

No presente estudo, a implantação do sistema informatizado é analisada pelos aspectos de disponibilidade de recursos e de processo, em especial, quanto à estrutura existente, à organização do serviço, ao fluxo de atividades desenvolvidas, à capacitação dos profissionais para manejo do sistema, à aceitação da tecnologia e o efetivo uso do sistema. Acredita-se que os achados deste estudo permitam tomada de decisão, com vistas à melhoria do programa.

A análise de implantação proposta neste estudo tem um caráter normativo em seus componentes de estrutura e processo relacionados, estabelecendo uma relação entre o contexto de implantação, a intervenção e os efeitos observados (Hartz e Vieira da Silva, 2005).

Considera-se uma avaliação interna, por ter sido realizada por um colaborador do MS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. A participação de um avaliador interno possui como aspecto positivo o amplo conhecimento do mesmo acerca da intervenção proposta. Por outro lado, pode ser prejudicial se não houver objetividade, como aponta Worthen & Sanders (2004). Para tanto se torna fundamental a participação e discussão com os usuários potenciais da avaliação (*stakeholders*) envolvidos nesse processo. Sendo assim, as pactuações foram fundamentais na etapa de construção do modelo teórico da avaliação.

Foram identificados como interessados nesta avaliação: alguns colaboradores estratégicos do MS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; os gestores da Gerência de DST/Aids e HV do Distrito Federal; e, os gerentes e profissionais de saúde das Unidades Dispensadoras de Medicamentos. As interlocuções com esses atores foram realizadas por meio de documentos formais, contatos telefônicos e presenciais.

No MS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, identificou-se como usuários estratégicos: a Diretoria; a Gerência do Processo de Acesso Universal à Medicamentos, Preservativos e Insumos Estratégicos; a Assessoria de Informática; e a Central de Monitoramento e Avaliação. Foi relevante o papel desses atores como apoio e motivação na condução deste estudo.

A participação da Gerência de DST, Aids e HV do Distrito Federal assumiu grande importância, no apoio e como articulador no desenvolvimento do trabalho de campo.

Os gestores e profissionais das UDM tiveram papel relevante na operacionalização do estudo, bem como, foram peças-chaves na disseminação e implementação dos achados.

Resume-se no Quadro 2, abaixo, por usuários potenciais, seus interesses, responsabilidades e papel na utilização dos achados desta avaliação.

Quadro 2: Análise dos usuários potenciais na avaliação.

| Usuários potenciais | Interesse na avaliação | Responsabilidade na avaliação | Papel na utilização dos achados |
|--|--|---|--|
| Diretoria do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do MS. | Analisar os achados do estudo para tomada de decisão quanto à viabilidade de novos investimentos de aprimoramento da ferramenta e investimentos junto aos estados. | - Promover interface política; - Prover recursos para realização do estudo. | - Divulgação dos resultados obtidos; - Dar suporte na promoção das recomendações propostas. |
| Gerência do Processo de Acesso Universal à Medicamentos, Preservativos e Insumos Estratégicos do MS. | Identificar fatores que influenciam a implementação do sistema, para melhoria do mesmo; - Utilizar o sistema como ferramenta de gestão. | Articular com os atores, de forma a promover a realização do trabalho de campo; - Conduzir o estudo; - Divulgar os achados da pesquisa. | - Implementação das atividades de planejamento relacionadas a área de logística; - Divulgação dos resultados obtidos para os usuários do SICLOM; - Incorporação das recomendações propostas. |
| Central de Monitoramento e Avaliação do MS/D-DST-AIDS-HV. | Analisar os achados do estudo e contribuir para sua disseminação, assim como para estudos complementares. | - Colaborar na análise dos dados; - Divulgar os resultados obtidos. | Divulgação dos resultados obtidos para os usuários do SICLOM. |

| | | | |
|--|---|--|---|
| Assessoria de Informática do MS/D-DST-AIDS-HV. | Identificar fatores que influenciam a implementação do sistema. | - Colaborar no levantamento dos dados secundários e análise documental; - Divulgar os resultados obtidos. | Incorporação das recomendações propostas. |
| Gerência de DST/Aids e HV do DF | - Analisar os fatores que influenciam a implementação do sistema na realidade local, para aprimorar os processos de trabalho; - Aprimorar a política de acesso universal aos medicamentos de aids, em nível local. | Articular com Gerentes e profissionais de saúde das UDM do DF. | - Divulgação dos resultados obtidos para os usuários do SICLOM no DF; - Organização e implementação das ações no DF. |
| Gerentes das UDM do DF. | Identificar fatores que influenciam a implementação do sistema no DF. | Articulação com profissionais e usuários do SICLOM no DF. | Organização e implementação das ações no DF; Incorporação das recomendações propostas. |
| Farmacêuticos e outros usuários do SICLOM nas UDM do DF. | - Otimizar o uso do sistema no DF; - Melhorar as atividades de rotina da assistência farmacêutica no DF. | Fornecer informações fidedignas. | Organização e implementação das ações no DF; Incorporação das recomendações propostas. |

4.3 Desenho da avaliação

O desenho da avaliação permite identificar o plano e estrutura do trabalho investigativo utilizado para responder às questões propostas. Nele são apresentadas as etapas realizadas e os procedimentos metodológicos adotados, definindo as características básicas do estudo.

Uma análise de implantação pode ser conduzida por meio de diversos métodos, sendo uma das estratégias, o estudo de caso (Denis & Champagne, 1997). De forma similar, para esse tipo de análise, Hartz (1997) aponta que o estudo de caso é a estratégia metodológica mais apropriada, ao possibilitar uma análise em profundidade de um fenômeno em um só meio.

Portanto, para o presente trabalho optou-se pela realização de um estudo de caso, por tratar-se de uma intervenção em curso e cujos resultados podem contribuir para modificá-la. Será um estudo de caso único com múltiplas unidades de análise.

4.3.1 O estudo de caso

Segundo Yin (2001), o estudo de caso é uma investigação empírica de fenômenos contemporâneos que dificilmente podem ser dissociados ou isolados do seu contexto e o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos. Objetiva responder perguntas do tipo “como” e “por que”, permitindo a compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos.

Esse autor aponta ainda, que a definição da unidade de análise é relevante para o desenvolvimento do estudo de caso, pois está relacionada à forma como as questões iniciais da pesquisa foram definidas.

Uma pesquisa deve apresentar uma lógica direta entre as questões iniciais do projeto e os dados coletados e as conclusões a serem alcançadas. Em termos de qualidade do estudo, Yin (2001) aponta quatro aspectos a serem considerados: a validade do construto, a validade interna e externa e a sua confiabilidade.

A validade interna de um estudo de caso depende da qualidade e da complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo e da adequação entre o modo de análise eleito e o modelo teórico (Yin, 2001). Assim, o uso de mais de uma fonte de dados para medir um mesmo conceito, pode contribuir para o aumento da validade do estudo e desenvolver, ainda, uma cadeia de evidências ao longo da coleta de dados (Denis & Champagne, 1997).

No que tange à validade externa, ou seja, a capacidade de generalização dos resultados, para Denis & Champagne (1997) apontam que o estudo de caso objetiva, em especial, a generalização analítica.

A confiabilidade de um estudo se expressa a partir do momento em que, se outro pesquisador adotar os mesmos procedimentos do estudo base, alcance os mesmos achados e conclusões.

Assim, nesta análise de implantação do SICLOM foi conduzido um estudo de caso único incorporado ou imbricado.

4.3.2 Estratégia metodológica

Para avaliar a implantação do SICLOM no Distrito Federal, considerou-se as seguintes dimensões e subdimensões de estudo, apresentadas de forma resumida no Quadro 3.

Quadro 3: Dimensões da análise de implantação do SICLOM.

| Dimensão | Subdimensão | Perguntas |
|----------------|---|--|
| Conformidade | Disponibilidade | Os recursos necessários estão disponíveis e em volume necessário para o desenvolvimento das atividades? |
| | Qualidade técnico-científica | O uso do SICLOM está ocorrendo de acordo com o conhecimento e tecnologia disponível, tendo como padrão o cumprimento das funcionalidades previstas no sistema? |
| | Oportunidade | A ação técnica está sendo identificada e realizada no momento em que se é requerida para que não resulte em oportunidade perdida? |
| Aceitabilidade | Utilidade percebida | Os profissionais consideram que o SICLOM ajuda a melhorar o desenvolvimento das suas atividades de rotina? |
| | Facilidade de uso percebida | Os profissionais consideram o SICLOM fácil de ser utilizado? |
| | Adequação entre a tarefa e a tecnologia | Os profissionais consideram que o SICLOM os auxiliam a desempenhar suas tarefas? |

A dimensão *conformidade* é definida, neste estudo, como a consonância da intervenção com as normas e recomendações, sob o ponto de vista de disponibilidade, qualidade técnica e oportunidade.

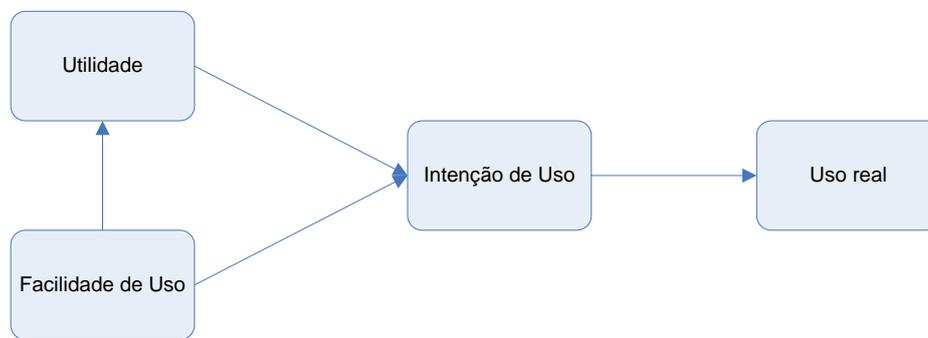
Portanto, a **disponibilidade** refere-se à relação entre o volume e tipo de recursos e atividades existentes e o volume e tipo de necessidades dos clientes. (Penchansky e Thomas, 1981). A **qualidade técnico-científica**, por sua vez, refere-se à adequação dos recursos e das ações ao público-alvo da intervenção e ao conhecimento técnico e científico vigente. (Cruz, 2006). E, a **oportunidade** diz respeito à realização da ação no momento tecnicamente recomendado (Cruz, 2006).

A dimensão *aceitabilidade* foi incorporada neste estudo por se considerar o caráter sociotécnico de um sistema de informações. Ou seja, entende-se que a sua análise de implantação requer o entendimento do grau de aceitação desse sistema frente às atividades de rotina desenvolvidas pelo profissional que o utiliza. Sendo assim, o conceito de *aceitabilidade* utilizado, baseou-se no estudo “Antecedentes do desempenho individual de usuários de sistemas de informação: Estudo empírico aplicado no setor saúde”, de Tolentino (2006). Esse

estudo traz como fundamentos dois modelos validados, o *Modelo de Aceitação de Tecnologia (TAM)* e o *Modelo de Adequação entre Tarefa e Tecnologia (TTF)*.

A teoria do TAM, ilustrada na Figura 11, aborda que uma intenção comportamental do indivíduo para usar um sistema é determinada por duas crenças, facilidade de uso percebida de uso e utilidade percebida, sendo que ambas mediam completamente os efeitos das variáveis externas, como características do sistema, processo de desenvolvimento, treinamento, na intenção de uso (Davis, 1989).

Figura 11: Modelo de aceitação da tecnologia (TAM)



Fonte: Davis, 1989

O referido autor aponta que as pessoas tendem a usar ou não uma tecnologia a depende de quanto elas acreditam que isso irá melhorar o seu desempenho no trabalho. Esse é o conceito de **utilidade percebida**. Por outro lado, ainda que os usuários entendam que essa tecnologia seja útil, eles podem acreditar que ela seja difícil e que não compense o esforço em utilizá-la. Isso representa o conceito de **facilidade de uso percebida**.

Segundo Goodhue e Thompson (1995), salientam a importância da **adequação entre tarefa e tecnologia (TTF)**. Trata-se da correspondência entre as características da tarefa, as habilidades individuais e a funcionalidade da tecnologia. Em outras palavras, seria o entendimento se a tecnologia ajuda o indivíduo a desempenhar suas tarefas.

Ambos os modelos considerados mensuram aspectos que influenciam o uso do sistema de informação. Assim, Tolentino (2006) apresenta uma combinação de ambos os modelos, conforme Figura 12.

Figura 12: Combinação do modelo TAM e do modelo TTF.



Fonte: Tolentino, 2006

A partir do estudo dessa autora, buscou-se identificar e adaptar, de forma simplificada, alguns dos construtos validados, cujo entendimento melhor se aproximava do uso do SICLOM. Cabe ressaltar, que a decisão de ajuste considerando a dimensão *aceitabilidade* tem um caráter complementar aos resultados da dimensão *conformidade*, não sendo, portanto, o principal objetivo deste trabalho. Por isso, essa etapa não seguiu o rigor de todas as variáveis e construtos utilizados nos modelos apresentados pelos autores.

Definidas as dimensões a serem abordadas no estudo, e, conforme mencionado anteriormente, se fez necessária a construção de duas matrizes fundamentais para o desenvolvimento de uma avaliação: a *Matriz de Relevância* e a *Matriz de Análise e Julgamento*.

A *Matriz de Relevância* possibilita visualizar os aspectos relativos à avaliação da intervenção e a dimensão estratégica em que se insere. Assim, a *Matriz de Relevância* explicitada nos Quadros 4 e 5 tem sob consideração, respectivamente, os componentes estruturais de insumos e atividades, reconhecidos como relevantes na implantação do SICLOM, e com qual dimensão estão relacionados.

A construção dessa matriz contou com a colaboração de profissionais interessados neste estudo e foi categorizada em muito relevante (RRR), relevante (RR) e pouco relevante (R), de maneira a definir que atributo é mais estratégico em cada dimensão da avaliação. Para efeito de cálculo, atribuiu-se a essas categorias os valores 3, 2 e 1, respectivamente. Essa categorização permitiu a identificação dos componentes estruturais a serem priorizados na elaboração da *Matriz de Análise e Julgamento*.

Quadro 4: Matriz de relevância - Componente estrutural insumos

| Componente estrutural: insumos | Subdimensão da Avaliação | | | | | | Fonte de verificação |
|--|--------------------------|------------------------------|--------------|-----------|-------------------|-------------------------------------|--|
| | Disponibilidade | Qualidade técnico-científica | Oportunidade | Utilidade | Facilidade de uso | Adequação entre tarefa e tecnologia | |
| Recursos Humanos | RR | RRR | - | RRR | RR | RRR | Entrevista com gestor local; Observação direta. |
| Estrutura física | RR | - | - | - | - | - | Observação direta. |
| Formulário de cadastramento e transferência de Usuário SUS | RR | - | - | - | - | - | Observação direta; Formulários arquivados. |
| Formulário de solicitação de medicamentos ARV | RR | - | - | - | - | - | Observação direta. |
| Medicamentos ARV | RR | - | - | - | - | - | Observação direta. |

Quadro 5: Matriz de relevância - Componente estrutural atividades

| Componente estrutural: atividades | Subdimensão da Avaliação | | | | | | Fonte de verificação |
|--|--------------------------|------------------------------|--------------|-----------|-------------------|-------------------------------------|---|
| | Disponibilidade | Qualidade técnico-científica | Oportunidade | Utilidade | Facilidade de uso | Adequação entre tarefa e tecnologia | |
| Capacitação de recursos humanos | - | RRR | - | RRR | RR | RRR | Lista de presença em capacitações realizadas; Entrevistas com gestor e profissional; SICLOM. |
| Cadastramento do profissional para manejo do SICLOM | - | RRR | - | - | - | - | Entrevista com profissional; SICLOM. |
| Cadastramento de Usuário SUS no SICLOM | - | RRR | - | - | - | - | Entrevistas; SICLOM; Formulários arquivados. |
| Registro de inativação de Usuário SUS no SICLOM | - | RRR | - | - | - | - | Entrevista com profissional; SICLOM. |
| Cadastro de médico no SICLOM | - | RRR | - | - | - | - | SICLOM. |
| Entrada dos dados do Formulário de Solicitação de Medicamentos no SICLOM | - | RRR | R | - | - | - | Entrevistas; SICLOM; Formulários arquivados. |
| Fechamento mensal dos dados de dispensação no SICLOM | - | RRR | R | - | - | - | Entrevista com profissional; SICLOM. |
| Registro de entrada do medicamento no SICLOM | - | RRR | - | - | - | - | SICLOM. |
| Registro de saídas dos medicamentos no SICLOM | - | RRR | - | - | - | - | Entrevista com profissional; SICLOM. |
| Fechamento mensal dos dados de controle de estoque no SICLOM | - | RRR | R | - | - | - | Entrevista com profissional; SICLOM. |

A *matriz de análise e julgamento* permite apresentar critérios/indicadores e parâmetros a serem utilizados, assim como as fontes de evidências necessárias para sua obtenção (Medina et al., 2005).

Para identificar o grau de implantação do SICLOM no Distrito Federal, a *matriz de análise e julgamento* foi elaborada para cada dimensão avaliada, ou seja, *conformidade* e *aceitabilidade*, das sete UDM estudadas.

A *matriz de análise e julgamento* agrega às dimensões e subdimensões os critérios/indicadores, parâmetros, pontuação esperada e fontes de verificação, conforme se pode observar nos Quadros 6 a 11.

A definição dos critérios e indicadores foi realizada pela pesquisadora a partir do *Modelo Lógico do Programa*, com contribuição e validação de profissionais experientes (Figura 4). Assim, os padrões foram definidos pela técnica de consenso. Participaram desse processo, representantes do MS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; representantes egressos do curso de Avaliação em Saúde; e, representante da Gerência de DST/Aids do Distrito Federal. Essa permuta de experiências possibilitou a construção conjunta dessa etapa do estudo.

Para estimar o grau de implantação, foram atribuídos valores individuais para cada critério/indicador. A partir do conjunto de critérios ou indicadores de determinada categoria foi possível mensurar a pontuação máxima de cada dimensão e subdimensão.

Foi atribuído maior peso à dimensão conformidade, considerando que se trata de uma avaliação normativa, em que se busca identificar se os procedimentos utilizados no manejo do SICLOM estão sendo realizados de acordo com o recomendado (Contandriopoulos et al, 1997). O somatório dos pontos de cada dimensão determina o grau de implantação. Assim, a pontuação máxima esperada é 71 pontos.

Quadro 6: Matriz de Análise e Julgamento do grau de implantação do SICLOM no DF: Disponibilidade

| Comp. Estrutural | Critério/Indicador | Parâmetro | Fonte de informação | PM |
|--|--|---|--|-----------|
| Insumo | Existência de profissionais para manejo do SICLOM | Sim - 1 Não - 0 (zero) | Entrevista com gestor local; Observação direta. | 2 |
| | Número de horas dos profissionais para dispensação de medicamentos/aids/total de horas previstas*100 | >75% - Satisfatório: 01 ponto; 50-75% - Parc. Satisfat: 0,5 pontos; 25-49% - Crítico: 0,25 pontos; < 25% - Não Satisfatório: 0 pontos | Entrevista com gestor local. | 2 |
| | Existência de computador ou <i>Thin client</i> com acesso a <i>Internet Explorer</i> para manejo do SICLOM | Sim - 1 Não - 0 (zero) | Observação direta. | 2 |
| | Existência de contrato de manutenção técnica de computadores | Sim - 1 Não - 0 (zero) | Entrevista com gestor local. | 2 |
| | Existência de acesso à internet banda larga e ponto de rede | Sim - 1 Não - 0 (zero) | Observação direta. | 2 |
| | Existência de espaço físico com rede elétrica, telefone com linha externa, móvel para computador e armário para arquivo | Sim - 1 Não - 0 (zero) | Observação direta. | 2 |
| | Existência de impressora, papel para impressão e cartucho | Últimos 6 meses - 1; No último mês - 0,5; No momento da pesquisa - 0,25; Não - 0 (zero) | Observação direta. | 2 |
| | Existência de formulários de cadastramento e transferência preenchidos e assinados pelo responsável técnico e pelo Usuário SUS | Sim - 1 Não - 0 (zero) | Observação direta; formulários arquivados. | 2 |
| | Existência de formulários de solicitação de medicamentos ARV disponível aos médicos que atendem PVHA da UDM | Sim - 1 Não - 0 (zero) | Observação direta | 2 |
| | Existência de medicamentos ARV para serem dispensados aos usuários SUS em tratamento | 100% ARV - 1 ponto; 95 a 99% - 0,5 ponto; <95% - 0 ponto | Observação direta | 2 |
| Atividade | Número de profissionais capacitados que manejam o SICLOM/ total de profissionais que manejam o sistema*100 | >75% - Satisfatório: 01 ponto; 50-75% - Parc. Satisfat: 0,5 pontos; 25-49% - Crítico: 0,25 pontos; < 25% - Não Satisfatório: 0 pontos | Lista de presença de capacitações realizadas; Entrevista com profissional. | 2 |
| Pontuação máxima da subdimensão Disponibilidade | | | | 22 |

PM – Pontuação máxima esperada

Quadro 7: Matriz de Análise e Julgamento do grau de implantação do SICLOM no DF: Qualidade técnico-científica

| Comp. Estrutural | Critério/Indicador | Parâmetro | Fonte de informação | PM |
|------------------|--|--|------------------------------------|----|
| Atividade | Número de cadastramento de novos Usuários SUS registrados no SICLOM /Total de formulários de cadastramento e transferência de usuário SUS preenchidos e assinados pelo responsável técnico e pelo Usuário SUS*100 | >75% - Satisfatório: 01 ponto; 50-75% - Parc. Satisfat: 0,5 pontos; 25-49% - Crítico: 0,25 pontos; < 25% - Não Satisfatório: 0 pontos | SICLOM; Formulários arquivados. | 3 |
| | Nº de procedimentos de cadastro e transferência que os profissionais declaram realizar no SICLOM e que estão condizentes com as normatizações estabelecidas / Total de procedimentos de cadastro e transferência normatizados *100 | >75% - Satisfatório: 01 ponto; 50-75% - Parc. Satisfat: 0,5 pontos; 25-49% - Crítico: 0,25 pontos; < 25% - Não Satisfatório: 0 pontos | Entrevista. | 3 |
| | Total de profissionais que manejam o sistema/ Nº de profissionais cadastrados que manejam o SICLOM *100 | >75% - Satisfatório: 01 ponto; 50-75% - Parc. Satisfat: 0,5 pontos; 25-49% - Crítico: 0,25 pontos; < 25% - Não Satisfatório: 0 pontos | SICLOM; Entrevista com Gestor. | 3 |
| | Número de cadastros ativos de Usuário SUS que não retiraram ARV no SICLOM, nos últimos 180 dias /Total de cadastros ativos de Usuário SUS no SICLOM no período *100 | ≤5% - Satisfatório: 1 ponto > 5% - Não Satisfatório: 0 pontos | SICLOM. | 3 |
| | Número de duplicidade de cadastro de médicos no SICLOM/Total de médicos cadastrados no SICLOM*100 | ≤5% - Satisfatório: 1 ponto > 5% - Não Satisfatório: 0 pontos | SICLOM. | 3 |
| | Número de formulários de Solicitação de Medicamentos digitados no SICLOM/Total de Formulários de Solicitação de Medicamentos arquivados no mesmo período*100 | ≥95% - Satisfatório: 1 ponto 90-94% - Crítico: 0,5 ponto <90% - Não Satisfatório: 0 ponto | SICLOM; Formulários arquivados. | 3 |
| | Quantidade de medicamentos recebidos pelo NUMAB registrada no SICLOM/total de medicamentos recebidos pelo NUMAB no período*100 | 100% - Satisfatório: 1 ponto < 100% - Não Satisfatório: 0 ponto | SICLOM. | 3 |
| | Quantidade de medicamentos recebidos por remanejamento registrado no SICLOM/total de medicamentos recebidos por remanejamento no período*100 | 100% - Satisfatório: 1 ponto < 100% - Não Satisfatório: 0 ponto | SICLOM. | 3 |
| | Nº de procedimentos de dispensação no SICLOM declarados pelos profissionais que manejam o sistema de forma condizente com as normatizações estabelecidas / Total de procedimentos de dispensação normatizados *100 | >75% - Satisfatório: 01 ponto; 50-75% - Parc. Satisfat: 0,5 pontos; 25-49% - Crítico: 0,25 pontos; < 25% - Não Satisfatório: 0 pontos | Entrevista. | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---------|-----------|
| | Número de medicamentos ARV com ajustes de estoque realizados no SICLOM/ Número de medicamentos movimentados na UDM no mesmo período*100 | <=5% - Satisfatório: 1 ponto >5% - Não Satisfatório: 0 ponto | SICLOM. | 3 |
| | Mediana do % de variação dos ajustes de estoque realizados no SICLOM | <=5% - Satisfatório: 1 ponto >5% - Não Satisfatório: 0 ponto | SICLOM. | 3 |
| Pontuação máxima da subdimensão Qualidade Técnico-científica | | | | 33 |

PM – Pontuação máxima esperada

Quadro 8: Matriz de Análise e Julgamento do grau de implantação do SICLOM no DF: Oportunidade

| Comp. Estrutural | Critério/Indicador | Parâmetro | Fonte de informação | PM |
|---|---|------------------------|--------------------------------------|-----------|
| Atividade | O fechamento mensal dos dados é realizado antes da primeira dispensação do mês subsequente? | Sim - 1 Não - 0 (zero) | Entrevista com profissional; SICLOM. | 1 |
| | O registro da dispensação de medicamentos é feito no momento da dispensação (online)? | Sim - 1 Não - 0 (zero) | Entrevista com profissional. | 1 |
| Pontuação máxima da subdimensão Oportunidade | | | | 2 |
| Pontuação máxima da dimensão CONFORMIDADE | | | | 57 |

PM – Pontuação máxima esperada

Quadro 9: Matriz de Análise e Julgamento do grau de implantação do SICLOM no DF: Utilidade

| Comp. Estrutural | Critério/Indicador | Parâmetro | Fonte de informação | PM |
|--|--|---|-----------------------------|----------|
| Atividade | Σ Escores observados de utilidade / (20 pontos * N° de profissionais entrevistados)*100 | >75% - Satisfatório: 01 ponto; 50-75% - Parc. Satisfat: 0,50 pontos; 25-49% - Crítico: 0,25 pontos; < 25% - Não Satisfatório: 0 pontos | Entrevista com profissional | 3 |
| Pontuação máxima da subdimensão Utilidade | | | | 3 |

PM – Pontuação máxima esperada

Quadro 10: Matriz de Análise e Julgamento do grau de implantação do SICLOM no DF: Facilidade de uso

| Comp. Estrutural | Critério/Indicador | Parâmetro | Fonte de informação | PM |
|--|---|---|-----------------------------|----------|
| Atividade | Σ Escores observados de facilidade / (15 pontos * N° de profissionais entrevistados)*100 | >75% - Satisfatório: 01 ponto; 50-75% - Parc. Satisfat: 0,50 pontos; 25-49% - Crítico: 0,25 pontos; < 25% - Não Satisfatório: 0 pontos | Entrevista com profissional | 2 |
| Pontuação máxima da subdimensão Facilidade de uso | | | | 2 |

PM – Pontuação máxima esperada

Quadro 11: Matriz de Análise e Julgamento do grau de implantação do SICLOM no DF: Adequação entre tarefa e tecnologia

| Comp. Estrutural | Critério/Indicador | Parâmetro | Fonte de informação | PM |
|--|---|---|------------------------------|-----------|
| Atividade | Σ Escores observados de relacionamento / (10 pontos * N° de profissionais entrevistados)*100 | >75% - Satisfatório: 01 ponto; 50-75% - Parc. Satisfat: 0,50 pontos; 25-49% - Crítico: 0,25 pontos; < 25% - Não Satisfatório: 0 pontos | Entrevista com profissional. | 3 |
| | Σ Escores observados de confiabilidade / (5 pontos * N° de profissionais entrevistados)*100 | >75% - Satisfatório: 01 ponto; 50-75% - Parc. Satisfat: 0,50 pontos; 25-49% - Crítico: 0,25 pontos; < 25% - Não Satisfatório: 0 pontos | Entrevista com profissional. | 3 |
| | Σ Escores observados de compatibilidade / (5 pontos * N° de profissionais entrevistados)*100 | >75% - Satisfatório: 01 ponto; 50-75% - Parc. Satisfat: 0,50 pontos; 25-49% - Crítico: 0,25 pontos; < 25% - Não Satisfatório: 0 pontos | Entrevista com profissional. | 3 |
| Pontuação máxima da subdimensão Adequação entre tarefa e tecnologia | | | | 6 |
| Pontuação máxima da dimensão ACEITABILIDADE | | | | 14 |
| Pontuação máxima da AVALIAÇÃO | | | | 71 |

PM – Pontuação máxima esperada

Os padrões de julgamento foram analisados por intermédio da relação entre a pontuação máxima esperada e a observada. Por fim, mediante o somatório dos pontos observados e esperados, foi calculado o percentual por subdimensão e dimensão, como demonstrado abaixo:

$$\text{Percentual (\%)} \text{ dimensão} = \frac{\sum X(O)}{\sum X(E)} * 100$$

Sendo, X(O) a pontuação esperada da dimensão e,

X(E) a pontuação observada da dimensão.

Assim, os parâmetros classificatórios do grau de implantação foram definidos por meio de quartis, conforme apresentado no Quadro 12:

Quadro 12: Parâmetros para o grau de implantação.

| Classificação | Grau de implantação |
|----------------------------|-------------------------|
| Implantado ou Satisfatório | Igual ou superior a 75% |
| Parcialmente implantado | De 50 a 74% |
| Crítico ou Insatisfatório | De 25 a 49% |
| Não implantado | Menor que 25% |

Para melhor caracterizar a dimensão Aceitabilidade – subdimensões Facilidade de Uso e Adequação entre a Tarefa e Tecnologia –, bem como as opiniões dos profissionais que manejam o SICLOM quanto aos aspectos favoráveis e desfavoráveis ao uso desse sistema, alguns depoimentos, obtidos por meio de entrevista com esses profissionais, serão citados.

4.3.3 Área do estudo

O Distrito Federal (DF) foi o caso escolhido para esta avaliação da implantação do SICLOM, tendo em vista que 100% das UDM realizavam dispensação dos ARV usando o SICLOM (critério de seleção). Conforme dito, o DF dispunha de oito Unidades Dispensadoras de Medicamentos em 2010, e todas faziam uso pleno das funcionalidades estabelecidas no SICLOM. Não foram incluídas as maternidades, nem o almoxarifado de medicamentos de aids do DF. A escolha do DF para a realização deste trabalho foi, também, devido à facilidade geográfica de acesso e pelo fato de o estudo não dispor de qualquer fonte de financiamento ou disponibilização de efetivo para a realização da pesquisa de campo, ficando todos os custos a cargo da pesquisadora principal.

4.3.4 Instrumentos de coleta de dados

O levantamento de evidências foi realizado por meio de análise documental; roteiro de entrevista/questionários semi-estruturados aplicados aos gerentes dos serviços visitados e aos profissionais que manejam o SICLOM; análise da base de dados do SICLOM; e observação direta dos serviços e das atividades relativas ao uso do sistema. A coleta foi feita pela própria pesquisadora.

A seguir são descritos as características de cada instrumento utilizado na pesquisa:

Análise Documental: foram analisados documentos normativos, legislações pertinentes ao tema proposto, manuais e guias de referência do SICLOM, formulários de solicitação de medicamentos para aids (Anexo C) e relatórios de atividades ou atas de reuniões disponíveis no MS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Entrevistas: Foram elaborados questionários semi-estruturados direcionados aos gerentes dos serviços e profissionais que manejam o SICLOM (Apêndice A e B) para levantamento das seguintes informações:

- Gerentes dos Serviços (Apêndice A): dados de caracterização desses profissionais (dados demográficos, cargo, tempo de atuação no programa); população adstrita atendida no serviço, profissionais que atuam no programa com conhecimento sobre o SICLOM e uso dos dados por ele produzidos.
- Profissionais de saúde (Apêndice B): dados de caracterização desses profissionais; de organização do serviço; e de percepção do usuário frente ao sistema em si. Esse questionário foi composto de cinco partes com as seguintes características: (a) dados

demográficos para caracterizar os participantes da pesquisa; (b) informações sobre a experiência dos profissionais no uso de tecnologia da informação na dispensação de medicamentos ARV; (c) questões de organização e infraestrutura do trabalho; (d) questões cujas respostas foram baseadas na Escala *Likert*, de 5 elementos, conforme apresentado por Malhotra (2006), em que 1 significa “Discordo Totalmente” e 5 significa “Concordo Totalmente”, visando obter informações sobre o posicionamento do profissional quanto à aceitação do uso do SICLOM nas suas atividades de rotina; e (e) questões abertas, em que o participante tinha a liberdade em expressar a forma de uso das funcionalidades do sistema, as facilidades e dificuldades encontradas no manejo do sistema, além de apresentar críticas e/ou sugestões de melhoria no sistema.

Base de dados do SICLOM: Foi elaborado um Termo de Responsabilidade de uso da base de dados do SICLOM no Distrito Federal, para o período de janeiro a junho de 2011 (Apêndice C). Cabe mencionar que não houve o repasse da base de dados para a pesquisadora. Os indicadores foram obtidos a partir de solicitações de dados à pessoa responsável pelo gerenciamento do banco de dados do SICLOM no Departamento. Ainda assim, foram adotadas as recomendações éticas no manuseio dessas informações.

Observação Direta: O roteiro de observação dos serviços e das atividades desenvolvidas (Apêndice D) possibilitou o levantamento de subsídios complementares das informações para o aprofundamento das análises.

4.4 Limites do estudo

Para a presente pesquisa, estava programada a participação de 100% das UDM do Distrito Federal. Contudo, conforme já mencionado, por questões técnico-operacionais só foi possível a consecução do trabalho em sete das oito UDM. Considerando tratar-se de um estudo de caso, entende-se que esse fato não trará maiores prejuízos aos achados da pesquisa.

Uma limitação do estudo é o fato de ser uma avaliação interna. É positivo o grande conhecimento da intervenção por parte do avaliador, mas, pode ocasionar certa dificuldade de distanciamento e imparcialidade no julgamento final. Todavia, o envolvimento e participação dos usuários potenciais da avaliação, ao longo de todo esse processo, contribuem para dirimir esse fator limitante.

Os estudos sobre aceitabilidade de tecnologias da informação apontam algumas limitações relativas ao modelo TAM. Ainda que utilizado como modelo híbrido com o TTF (Tolentino, 2006), vale reforçar que o uso desse componente nesta avaliação foi bastante

simplificado, tornando-se, talvez, analiticamente restrito para comparação. Por outro lado, foi decidida sua incorporação às análises, mesmo que limitada, pelo entendimento de que é um componente que complementar os achados de *conformidade*, podendo ampliar a compreensão da implantação do SICLOM.

Os escores observados em relação à confiabilidade dos dados foram bastante variados, valendo mencionar que a formulação das frases de todo o questionário foi de cunho positivo, exceto para a dimensão *Aceitabilidade*, subdimensão *Adequação entre a Tarefa e Tecnologia*, podendo ter induzido a um viés de interpretação. Pode-se ainda aventar a hipótese de que os profissionais que apenas realizam a dispensação dos medicamentos não tenham tido a capacidade de fazer análises críticas dos dados inseridos. Cabe mencionar que, para fins de análise desse indicador foi utilizada uma escala invertida dos escores, de forma a homogeneizar as interpretações.

4.5 Aspectos éticos da avaliação

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz e aprovada por meio do Parecer N°. 19/11, de 16/02/11.

Esse Parecer foi apresentado aos gerentes dos serviços visitados e, em seguida, colhido a assinatura do Termo de Anuência (Apêndice E), que autorizou a realização do levantamento dos dados, análise, divulgação e publicação dos achados do estudo.

Os profissionais de saúde entrevistados receberam informações sobre a pesquisa, tendo sido destacado que os dados seriam analisados de forma agregada, não havendo identificação dos profissionais nos resultados. Cada profissional assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice F, conforme regulamentado na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/MS.

As entrevistas foram gravadas e todos os dados relacionados à pesquisa serão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora, por cinco anos, de acordo com o estabelecido pelo CEP.

Vale ressaltar que se buscou preservar a confidencialidade de algumas informações dos entrevistados, bem como a adoção de um caráter imparcial no durante o desenvolvimento do trabalho de campo.

4.6 Divulgação dos achados no estudo

A divulgação dos achados desta avaliação será realizada por meio da elaboração de artigo científico; apresentação dos resultados ao MS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e à Gerência de DST, Aids e Hepatites Virais do Distrito Federal, com participação das equipes locais participantes. Será feita, também, apresentação aos parceiros envolvidos no gerenciamento logístico de medicamentos e insumos estratégicos e, em seminários, quando houver o interesse.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento dos dados se deu de 05 a 27 de setembro de 2011. Os resultados estão organizados em três subitens: (a) caracterização da rede de serviços relacionados ao HIV/aids (organização e estrutura) do Distrito Federal; (b) análise do grau de implantação da intervenção e; (c) aspectos favoráveis e desfavoráveis ao uso do SICLOM no DF.

5.1 Caracterização da rede de serviços de HIV/aids do Distrito Federal

5.1.1 Perfil das UDM

No Distrito Federal, existe pelo menos uma UDM em cada Região de Saúde apresentada anteriormente, na Figura 9 (pág. 26), a exceção da Região Leste que não dispõe desse serviço. Atualmente, no DF, cerca de 4.500 usuários SUS retiram medicamentos ARV em uma dessas UDM.

O presente estudo foi realizado em sete das oito UDM do Distrito Federal, por razão já apontada. As UDM participantes deste estudo dispensam ARV para 88% dos usuários SUS em uso desse medicamento no DF. Nessas farmácias, a equipe de profissionais, composta por farmacêuticos e dispensadores, possuía vínculo efetivo com o serviço. Três dos sete serviços contavam apenas com o farmacêutico para manejo do sistema, havendo perspectiva de conseguir um dispensador para dois deles.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos serviços participantes do estudo quanto ao número médio estimado de dispensações realizadas por mês.

Tabela 2: Distribuição das UDM incluídas na avaliação, segundo número médio de dispensações registradas por mês. Distrito Federal, 2011

| Nº dispensações/mês | Nº de UDM |
|---------------------|-----------|
| Menos de 100 | 2 |
| 100 a 300 | 3 |
| 300 a 500 | 1 |
| Mais que 500 | 1 |
| Total | 7 |

Fonte: SICLOM

Os espaços físicos desses serviços estão estruturados com rede elétrica, computador — a exceção de uma unidade —, armários para guarda dos ARV e arquivo dos formulários. Em

relação à linha telefônica externa, observou-se que, em três locais o telefone estava localizado fora da área da farmácia.

O SICLOM estava localizado na farmácia de quatro dos sete serviços visitados. Cabe destacar aqui algumas situações específicas: uma UDM estava em processo de reforma e o local de dispensação dos medicamentos ARV foi improvisado em um espaço físico precário e com poucas condições de trabalho. Havia energia elétrica para a geladeira dos medicamentos termolábeis, mas o computador estava danificado devido a uma pane elétrica; duas UDM contavam com espaço físico específico para dispensação de medicamentos ARV. Todavia, um desses serviços não se tratava especificamente de uma farmácia e, sim, uma sala do serviço vinculada diretamente ao Programa de DST/aids.

As unidades estão vinculadas a um serviço hospitalar ou ambulatorial de saúde e dispõem de atribuições de assistência farmacêutica a outros agravos atendidos no serviço ao qual pertencem. Isso significa dizer que, além da dipensação de medicamentos antirretrovirais, essas UDM fornecem outros medicamentos. Nas entrevistas, verificou-se que 11 dos 18 (61%) entrevistados também dispensam medicamentos para hanseníase, 10 dos 18 entrevistados (56%) para tuberculose, 9 desse total (50%) para diabetes, 6 dos 18 (33%) para asma e 5 desse total (29%) para hipertensão arterial sistêmica.

Foram identificadas dificuldades de falta de equipamentos, como impressora e/ou material de expediente (cartucho, papel para impressão), de linhas telefônicas exclusivas e recursos humanos, este último evidenciado pela falta de autonomia do gestor para contratação de pessoal.

5.1.2 Perfil dos gerentes das UDM visitadas no Distrito Federal

Dentre os gerentes entrevistados, 5 dos 7 (cerca de 71%) eram do sexo feminino. Todos eles dispunham de nível superior, sendo três enfermeiros (42,8%), dois médicos (28,6%) e dois farmacêuticos (28,6%). Desses, três referiram ter curso de pós-graduação. A média de idade desses gerentes foi de 51 anos.

O tempo de atuação na gerência variou de três semanas a dois anos, perfazendo uma média de 11 meses e uma mediana de seis meses.

5.1.3 Perfil dos profissionais

Participaram das entrevistas 18 profissionais que realizam o manejo do SICLOM, nas sete UDM elencadas, conforme apresentado na Tabela 3:

Tabela 3: Distribuição dos profissionais entrevistados, segundo UDM incluídas no estudo. Distrito Federal, 2011

| UDM | Nº de profissionais entrevistados | % |
|--------------|-----------------------------------|--------------|
| 01 | 1 | 5,6 |
| 02 | 1 | 5,6 |
| 03 | 1 | 5,6 |
| 04 | 2 | 11,1 |
| 05 | 4 | 22,2 |
| 06 | 4 | 22,2 |
| 07 | 5 | 27,8 |
| Total | 18 | 100,0 |

Dos 18 profissionais que trabalham na dispensação de ARV e manejam o SICLOM, 13 (72%) são do sexo feminino e 12 (67%) desses profissionais têm nível superior, dos quais mais da metade (10 profissionais) tem curso de pós-graduação. Dentre os profissionais que são apenas dispensadores de medicamentos – 7 (39%) dos 18 entrevistados –, um profissional tem nível superior e os demais são de nível médio.

A idade dos profissionais variou entre 25 e 55 anos, com uma média de 40 anos. Demonstra-se na Tabela 4 a distribuição dos profissionais entrevistados, segundo faixa etária e sexo.

Tabela 4: Distribuição dos profissionais entrevistados nas UDM incluídas no estudo, segundo faixa etária e sexo. Distrito Federal, 2011.

| Faixa etária | Sexo | | Total |
|--------------|-----------|-----------|-----------|
| | Masculino | Feminino | |
| 25-34 anos | 1 | 5 | 6 |
| 35-44 anos | 3 | 3 | 6 |
| 45-54 anos | 1 | 4 | 5 |
| 55 anos | 0 | 1 | 1 |
| Total | 5 | 13 | 18 |

Em torno de 89% dos entrevistados (16 dos 18 profissionais) declararam ter mais de cinco anos de experiência no uso de computadores. O mesmo tempo de uso da internet foi relatado por 83% dos profissionais (15 dos 18 entrevistados).

No que tange à experiência com o manejo do SICLOM, uma diversidade foi constatada – três entrevistados fazem uso do sistema há menos de um ano e o mesmo número de profissionais usam o SICLOM há mais de cinco anos. Tem-se na Tabela 5 a distribuição dos profissionais por sexo e tempo de uso do SICLOM.

Tabela 5: Distribuição dos profissionais entrevistados nas UDM incluídas no estudo, por sexo e segundo tempo de uso do SICLOM. Distrito Federal, 2011

| Tempo de uso do SICLOM | Sexo | | Total |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | Masculino | Feminino | |
| Há menos de um ano | 1 | 2 | 3 |
| De 1 a 2 anos | 2 | 3 | 5 |
| De 2 a 5 anos | 2 | 5 | 7 |
| Mais de 5 anos | 0 | 3 | 3 |
| Total | 5 | 13 | 18 |

Na Tabela 6, pode-se observar a distribuição dos profissionais entrevistados, por sexo, segundo tempo de dispensação de medicamentos ARV. Verifica-se que é similar a da tabela anterior, constatando-se, porém, que o número de profissionais com mais de cinco anos de experiência foi o dobro.

Tabela 6: Distribuição dos profissionais entrevistados nas UDM incluídas no estudo, por sexo e segundo tempo de dispensação de medicamentos para aids. Distrito Federal, 2011

| Tempo de dispensação de medicamentos/aids | Sexo | | Total |
|---|-----------|-----------|-----------|
| | Masculino | Feminino | |
| Há menos de um ano | 0 | 2 | 2 |
| De 1 a 2 anos | 2 | 3 | 5 |
| De 2 a 5 anos | 2 | 3 | 5 |
| Mais de 5 anos | 1 | 5 | 6 |
| Total | 5 | 13 | 18 |

Constatou-se, ainda, que 12 (67%) dessas pessoas trabalham com outro sistema informatizado no serviço. Onze dos 18 profissionais entrevistados (67%) dispõem de 40 horas semanais de trabalho, dois fazem 20 horas, quatro (22%) 30 horas semanais e um com jornada de 36 horas semanais.

Como as UDM, conforme foi constatado, são unidades de referência para outros programas, observou-se que, em média, cada profissional entrevistado dispensa medicamentos para cerca de cinco Programas de Saúde. Sete (39%) desses profissionais trabalham na dispensação de medicamentos para seis ou sete outras endemias.

Ao serem questionados acerca das condições no serviço, necessárias para desenvolvimento das atividades, a maior parte dos profissionais (17) declarou que essas são “em partes” ou “não ter condições adequadas”, sendo assinalados como principais motivos a escassez de recursos humanos (20,7%), estrutura física inadequada (20,7%) e elevada demanda de trabalho (15,5%).

Em relação às condições no serviço para uso do SICLOM o percentual de ausência ou escassez de condições alcançou 72,2% das respostas. Os motivos assinalados foram: lentidão

do SICLOM (22,5%); estrutura física inadequada (17,5%); falta de treinamento para uso desse sistema (15%) e problemas de conexão com a internet (12,5%).

Quanto à disponibilidade de insumos de informática, quer seja, impressora, cartucho e papel para impressão, verificou-se que 42,8% das Unidades visitadas dispõem desses insumos, enquanto 28,6% não dispõem e, para os 28,6% restantes, essa disponibilidade foi parcial. Cabe mencionar, que por meio de observação direta, confirmou-se que as informações obtidas por entrevistas foram condizentes com a realidade das UDM no momento da pesquisa.

5.2 Grau de implantação do SICLOM no Distrito Federal

5.2.1 Dimensão Conformidade

Na subdimensão **Disponibilidade**, as análises se referiram ao componente estrutural insumos, no que tange aos recursos humanos, estrutura física, conectividade, formulários do sistema e os medicamentos ARV. Contribuíram nessa análise dois indicadores do componente estrutural atividades, relacionados aos recursos humanos.

Quadro 13: Matriz de análise e julgamento preenchida: **Disponibilidade**

| Critério/Indicador | PM | PO | % |
|--|-----------|-------------|-------------|
| Existência de profissionais para manejo do SICLOM | 2 | 2,0 | 100,0 |
| Número de horas dos profissionais para dispensação de medicamentos de aids/total de horas previstas*100 | 2 | 1,0 | 50,0 |
| Existência de computador ou <i>Thin client</i> com acesso a <i>Internet explorer</i> para manejo do SICLOM | 2 | 2,0 | 100,0 |
| Existência de contrato de manutenção técnica de computadores | 2 | 0,0 | 0,0 |
| Existência de acesso à internet banda larga e ponto de rede | 2 | 2,0 | 100,0 |
| Existência de espaço físico com rede elétrica, telefone com linha externa, móvel para computador e armário para arquivo | 2 | 2,0 | 100,0 |
| Existência de impressora, papel para impressão e cartucho | 2 | 0,0 | 0,0 |
| Existência de formulários de cadastramento e transferência preenchidos e assinados pelo responsável técnico e pelo Usuário SUS | 2 | 0,0 | 0,0 |
| Existência de formulários de solicitação de medicamentos ARV disponível aos médicos que atendem PVHA da UDM | 2 | 2,0 | 100,0 |
| Existência de medicamentos ARV para serem dispensados aos usuários SUS em tratamento | 2 | 2,0 | 100,0 |
| Número de profissionais capacitados que manejam o SICLOM/ total de profissionais que manejam o sistema*100 | 2 | 0,0 | 0,0 |
| Total da subdimensão Disponibilidade | 22 | 13,0 | 59,1 |

*PM – pontuação máxima esperada e PO – pontuação observada

Demonstra-se no Quadro 13 acima, que na subdimensão disponibilidade obteve-se 13 pontos, o que significa dizer que 59,1% dos recursos necessários estão disponíveis e em volume necessário para o manejo do SICLOM nos serviços estudados, classificando-se essa subdimensão como *parcialmente implantada*.

Verificou-se que todas as UDM dispunham de *formulários de solicitação de medicamento de aids* para uso por parte dos médicos; que os medicamentos ARV estavam disponíveis no momento da pesquisa e que havia profissionais para manejo do sistema. No entanto, quanto aos recursos humanos, o número de horas é um fator que se apresentou pouco satisfatório ou crítico em alguns serviços.

Em termos de estrutura física, conforme já assinalado no item anterior, as UDM dispunham de espaço com rede elétrica, telefone, quer seja dentro da farmácia ou próximo a ela, mesa para o computador e armários para arquivo. Por outro lado, vale registrar que, por meio da observação direta, esses espaços não foram considerados adequados, constatando-se, ainda, que em algumas situações a movimentação da equipe no ambiente é restringida.

Verificou-se que, à exceção de uma unidade, os serviços contam com computador e acesso à internet. Nessa UDM o profissional disse realizar os registros dos dados no SICLOM em outro departamento do serviço ou na sua residência.

Quanto à existência de contrato de manutenção dos computadores, de forma geral, observou-se que os gerentes das UDM investigadas não tinham conhecimento do tipo de equipamento utilizado e se contavam com serviço de manutenção.

No que se refere à capacitação para uso do SICLOM, apenas 29% dos profissionais declararam terem sido capacitados. Os demais relataram que houve repasse de conhecimento por parte dos colegas de trabalho ou de outras UDM. Segundo os entrevistados esse fato pode ser decorrente da alta rotatividade de profissionais na rede pública de saúde. Existem situações em que há necessidade de remanejamento de profissional e devido ao volume de atendimento, fica comprometida a saída do profissional para treinamento. Adicionado a esse fator, o quadro funcional não é adequado.

Constatou-se, ainda, que em grande parte das situações a disponibilidade de insumos nos serviços foi decorrente da iniciativa dos profissionais, que desembolsam recursos próprios para impressão ou cópia dos formulários de solicitação de medicamentos, de recibos das dispensações ou relatórios do sistema. Segundo Prado et. al (2010), o fator humano foi dinamizador do sucesso do projeto, ao considerar exemplos de funcionários que sacrificavam tempo e outras áreas de sua vida para o bom andamento do projeto.

No componente de **Qualidade técnico-científica** foram avaliados os procedimentos de cadastramento, dispensação e movimentação de estoques no SICLOM.

Pode-se observar no Quadro 14 a seguir que na subdimensão Qualidade técnico-científica foram conseguidos 23,4 pontos (70,9%) dos 33 esperados, representando que, de acordo com o conhecimento e tecnologia disponíveis, o manejo do SICLOM no DF está *parcialmente implantado*, tendo como padrão as funcionalidades estabelecidas nos protocolos do sistema.

Quadro 14: Matriz de análise e julgamento preenchida: **Qualidade técnico-científica**

| Critério/Indicador | PM | PO | % |
|--|-----------|-------------|-------------|
| Número de cadastramento de novos Usuários SUS registrados no SICLOM /Total de formulários de cadastramento e transferência de usuário SUS preenchidos e assinados pelo responsável técnico e pelo Usuário SUS*100 | 3 | 0,0 | 0,0 |
| Nº de procedimentos de cadastro e transferência que os profissionais declaram realizar no SICLOM e que estão condizentes com as normatizações estabelecidas / Total de procedimentos de cadastro e transferência normatizados *100 | 3 | 0,8 | 25,0 |
| Total de profissionais que manejam o sistema/ Nº de profissionais cadastrados que manejam o SICLOM *100 | 3 | 3,0 | 100,0 |
| Número de cadastros ativos de Usuário SUS que não retiraram ARV no SICLOM, nos últimos 180 dias /Total de cadastros ativos de Usuário SUS no SICLOM no período *100 | 3 | 3,0 | 100,0 |
| Número de duplicidade de cadastro de médicos no SICLOM/Total de médicos cadastrados no SICLOM*100 | 3 | 0,0 | 0,0 |
| Número de formulários de Solicitação de Medicamentos digitados no SICLOM/Total de Formulários de Solicitação de Medicamentos arquivados no mesmo período*100 | 3 | 3,0 | 100,0 |
| Quantidade de medicamentos recebidos pelo NUMAB registrada no SICLOM/total de medicamentos recebidos pelo NUMAB no período*100 | 3 | 3,0 | 100,0 |
| Quantidade de medicamentos recebidos por remanejamento registrado no SICLOM/total de medicamentos recebidos por remanejamento no período*100 | 3 | 3,0 | 100,0 |
| Nº de procedimentos de dispensação no SICLOM declarados pelos profissionais que manejam o sistema de forma condizente com as normatizações estabelecidas / Total de procedimentos de dispensação normatizados *100 | 3 | 1,5 | 50,0 |
| Número de medicamentos ARV com ajustes de estoque realizados no SICLOM/ Número de medicamentos movimentados na UDM no mesmo período*100 | 3 | 3,0 | 100,0 |
| Mediana do % de variação dos ajustes de estoque realizados no SICLOM | 3 | 3,0 | 100,0 |
| Total da subdimensão Qualidade técnico-científica | 33 | 23,4 | 70,9 |

*PM – pontuação máxima esperada e PO – pontuação observada

Conforme anteriormente mencionado, o Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS (2010) preconiza “*Formulário de Cadastramento de Usuário SUS com todos os campos devidamente preenchidos e apresentação, também, por parte do usuário de um Documento expedido por Órgão Público, com Foto*”. No manual de cadastramento do SICLOM se preconizava que “*Para ser cadastrado, o usuário SUS deverá obrigatoriamente estar portando um documento de identificação*”. Na nova versão desse manual, publicada em agosto de 2012, houve uma padronização e o manual do SICLOM adotou a recomendação do Protocolo supracitado. O campo de “Pessoas autorizadas a retirar o medicamento”, por sua vez, serve como abordagem consentida, respeitando o seu direito à privacidade (Brasil, 2007). Todavia, este estudo demonstrou que as pontuações mais baixas foram verificadas no cadastramento, tendo sido constatado que não é uma prática o arquivamento do *Formulário de Cadastramento dos Usuários*. Apenas, em uma UDM foram localizados alguns formulários arquivados e em outro serviço existe um controle paralelo de fichas manuais, com os mesmos dados do sistema. Diante disso, o critério “Cadastramento de novos Usuários SUS realizado no SICLOM” obteve nenhuma pontuação.

Ainda com relação ao cadastramento, segundo os entrevistados não é usual solicitar que o usuário apresente o *Formulário de Cadastramento do Usuário SUS*. Este estudo constatou que ainda não é clara para os profissionais a responsabilidade de preenchimento desse formulário, pois existem dados clínicos, que poderiam ser preenchidos pelos médicos, e dados gerais, demográficos, que poderiam ser preenchidos pelo próprio usuário ou qualquer outro profissional envolvido nesse processo. Outra questão observada diz respeito ao desconhecimento por parte de alguns profissionais das orientações sobre os documentos necessários ao cadastramento.

Com relação a inativação de usuários SUS foi observado que menos da metade (44%) dos profissionais conhecem e fazem uso desse recurso no SICLOM, utilizando os relatórios disponíveis no sistema para acompanhamento do cadastro de pacientes faltosos e em abandono.

Em relação ao cadastramento de médicos, foram identificadas duplicidades de registro, atingindo um patamar superior ao percentual aceitável de 5%. Ainda para a funcionalidade de cadastramento, a proporção de profissionais cadastrados e ativos para manejo do sistema foi satisfatório. No entanto, em uma UDM esse alcance foi parcial, ou seja, encontram-se desligados da unidade, mas com registro ativo, podendo entrar no sistema conforme seu perfil de acesso, em torno de 38% dos profissionais cadastrados. Esse aspecto está relacionado à

garantia de segurança da informação, que em muitas organizações tem sido negligenciada não se mantendo uma metodologia e adoção de segurança (Burgo & Tamae, 2006).

Sabe-se que a manutenção da base de dados, atualizada, contribui para o adequado gerenciamento das informações, condição essencial para eficiência na logística nacional de ARV, beneficiando não só as pessoas que utilizam esses medicamentos, mas a coletividade pela manutenção da epidemia sobre controle.

A dispensação é a atividade mais utilizada na rotina dos profissionais da farmácia e o principal meio de saída de medicamentos. Os indicadores relacionados a essa funcionalidade, “registro dos formulários de dispensação” e “número de procedimentos de dispensação conforme recomendado”, apresentaram-se satisfatórios. Para o último indicador, 50% das UDM obtiveram pontuação satisfatória e a outra metade, parcialmente satisfatória.

Uma questão que merece destaque é que no momento da dispensação, existem situações em que o usuário dispõe de um ou mais medicamento do seu esquema em casa – aqui não serão abordados os motivos, por extrapolar os objetivos deste estudo –. Ainda que o usuário leve apenas parte do seu esquema de tratamento, é imprescindível que se faça o registro daquele(s) ARV que estiver na posse do paciente, no campo “posse do usuário”. Esse é um importante dispositivo, pois o não registro do ARV sob posse do paciente, constaria no sistema, no histórico de dispensação ou no recibo de dispensação, como um esquema terapêutico diferente do prescrito pelo médico. Ademais, se fosse registrado como saída ocasionaria divergência entre o estoque físico e do SICLOM. O conhecimento acerca desse mecanismo não era do conhecimento de todos, sendo relatado por 88,9% dos profissionais.

Os registros de movimentação de estoques são realizados com a entrada dos medicamentos no estoque até a sua saída, que pode ser por meio das dispensações, remanejamento, devolução ou perda. Este estudo evidenciou que os indicadores de registro das entradas no SICLOM foram satisfatórios. Todavia, ainda que os indicadores de ajuste dos estoques, de forma geral, tenham obtido índices satisfatórios, verificou-se que quase três (43%) UDM obtiveram resultados críticos, tanto para o percentual de medicamentos ajustados, quanto para a variação dos ajustes realizados – convém mencionar que foi utilizada a mediana para calcular essa variação dos ajustes dos estoques, devido à grande variabilidade dos dados, de forma a minimizar a influência de valores extremos –. Ainda com relação aos registros de movimentação de estoques, merecem destaque positivo duas UDM que realizam a conferência do estoque diariamente e não apresentaram qualquer ajuste em seus estoques. Em uma unidade com menos de 100 dispensações de ARV registradas por mês no SICLOM, a conferência é feita uma vez ao dia, e ainda que o registro das dispensações não seja feito em

tempo real, por problemas de infraestrutura, ao final do dia é realizada a conferência entre os Formulários de Solicitação de Medicamentos e o estoque físico. Em outro serviço, que tem entre 300 a 500 dispensações registradas por mês, esse procedimento é realizado duas vezes ao dia. A farmácia encerra suas atividades de atendimento ao público, meia hora antes do horário do almoço e meia hora antes do término do expediente para a verificação de estoque de todos os programas de saúde atendidos naquele serviço. Ambas as UDM não fizeram ajuste em seus estoques.

Na subdimensão de **Oportunidade** foram avaliados os procedimentos de registro das dispensações em tempo real (*online*) e o fechamento dos dados de dispensação e movimentação de estoques, obtendo-se conforme se pode observar no Quadro 15, 100% dos pontos esperados, ou seja, a ação técnica é identificada e realizada no momento em que se é requerida.

Quadro 15: Matriz de análise e julgamento preenchida: **Oportunidade**

| Critério/Indicador | PM | PO | % |
|--|-----------|-----------|--------------|
| O fechamento mensal dos dados é realizado antes da primeira dispensação do mês subsequente? | 1 | 1,0 | 100,0 |
| O registro da dispensação de medicamentos é feito no momento da dispensação (<i>online</i>)? | 1 | 1,0 | 100,0 |
| Total da subdimensão Oportunidade | 2 | 2 | 100,0 |

*PM – pontuação máxima esperada e PO – pontuação observada

Foi observado que o registro online da dispensação, ou seja, no momento em que o paciente chega para retirar seus ARV, é realizado em cinco das sete UDM (71%). Todavia, os profissionais declararam algumas dificuldades operacionais para a realização desse procedimento, como: a questão de conectividade; da “lentidão do sistema” ou quando este “trava”.

Este estudo evidenciou, também, que todas as unidades fazem o fechamento dos dados conforme o preconizado, ou seja, “no primeiro dia útil antes da primeira dispensação”. Pode-se notar que os profissionais estabeleceram algumas estratégias para o cumprimento desse protocolo, ou seja, uma UDM consegue emitir a posição atualizada de estoque diariamente; outra não realiza atendimento ao público no período da manhã do fechamento (isso consta como aviso aos usuários em cartaz no serviço); e duas fecham a contagem física no dia anterior e no dia do fechamento realiza dispensações normalmente, mas não são lançadas no sistema, até que o fechamento ocorra de fato. Foram apontadas dificuldades de escassez de

profissional, em especial para aquelas em que existe somente uma pessoa para fazer essa atividade e o fato de trabalharem com diversos outros Programas de Saúde.

Em resumo, este estudo concluiu que a **dimensão conformidade** está *parcialmente implantada* no DF. E que tanto a subdimensão disponibilidade dos recursos quanto a qualidade técnica, quanto aos procedimentos de manejo do SICLOM, estão *parcialmente satisfatórias*. Estão passíveis de melhoria o cadastramento, incluindo as questões relativas à inativação de usuários e os processos de movimentação de estoques. Por outro lado, os dados são fechados dentro do prazo estabelecido, de forma satisfatória.

5.2.2 Dimensão Aceitabilidade

Nessa análise, buscou-se verificar se o profissional entende que o sistema melhora o seu desempenho no trabalho, se ele é fácil de ser manejado e não requer grande esforço e, se esse profissional acredita que o SICLOM o auxilia no desempenho das suas tarefas.

No construto **Utilidade** foram avaliados se o SICLOM dispõe de informações importantes ao trabalho desenvolvido, se ele minimiza erros nas tarefas realizadas e se ele possibilita a conclusão das tarefas com maior rapidez.

No Quadro 16 abaixo, demonstra-se que esta subdimensão obteve 100%, ou seja, alcançou os três pontos esperados, indicando que os profissionais que manejam o sistema entendem que o SICLOM ajuda a melhorar o seu desempenho nas atividades de rotina.

Quadro 16: Matriz de análise e julgamento preenchida: **Utilidade**

| Critério/Indicador | PM | PO | % |
|--|-----------|-----------|------------|
| Σ Escores observados de utilidade / (20 pontos * N° de profissionais entrevistados)*100 | 3 | 3 | 100 |
| Total da subdimensão Utilidade | 3 | 3 | 100 |

*PM – pontuação máxima esperada e PO – pontuação observada

Este resultado é bastante positivo, pois, como consta nos achados de Tolentino (2006), a utilidade do sistema é o principal antecedente para o bom desempenho individual. Davis (1989) refere ainda que a utilidade é o construto de maior relevância na aceitação de sistemas.

Convém citar, todavia, que apesar desse excelente resultado, houve discordância de dois profissionais. Quanto à afirmação “Eu encontro as informações que preciso sobre pacientes ou medicamentos no SICLOM”, um profissional referiu a necessidade de o SICLOM ter informações sobre outros medicamentos utilizados por pessoas com aids, de forma a lhe possibilitar fazer análise de interações medicamentosas; e quanto a frase “Usando

o SICLOM posso concluir minhas tarefas com maior rapidez” os dois discordaram. Conforme declarações obtidas nas entrevistas, pode-se concluir que são diversas as explicações para este fato: (i) o grande volume de demanda para atendimento, fazendo com que o paciente precise aguardar para ser liberado; (ii) o fato de o paciente se sentir incomodado, pois aqueles que retiram medicamentos para outros agravos, não precisam ter os dados preenchidos em sistema informatizado, podendo gerar questionamentos e constrangimentos; e (iii) às queixas de lentidão no sistema, gerando-se uma percepção de demora no atendimento.

Para **Facilidade de uso** analisou-se a facilidade de aprendizado no manejo do SICLOM, se o sistema tem uma interface amigável e se o profissional adquiriu habilidade de uso em pouco tempo.

O Quadro 17 a seguir possibilita observar que o resultado desta subdimensão também atingiu 100%. A obtenção dos dois pontos esperados significa que os profissionais consideram o SICLOM fácil de ser utilizado.

Quadro 17: Matriz de análise e julgamento preenchida: **Facilidade de uso**

| Critério/Indicador | PM | PO | % |
|---|-----------|-----------|------------|
| Σ Escores observados / (15 pontos * N° de profissionais entrevistados)*100 | 2 | 2 | 100 |
| Total da subdimensão Facilidade de uso | 2 | 2 | 100 |

*PM – pontuação máxima esperada e PO – pontuação observada

As citações a seguir confirmam o exposto:

B: “... eu acho assim, intuitivo, não é? É... é... é... está escrito o que você quer. Você já vai, clica no “menu”, já abre o que você precisa. Eu acho que isso é importante e facilita você trabalhar com ele desse jeito.”

D: “a formatação do programa é bem simples, ela ajuda muito, ela é compactada, ela é objetiva, não é? ela tem as informações precisas.”

I: “Ele é simples. A interface dele realmente é simples, ele é quase que autoexplicativo. É por isso que a gente não fez o treinamento e consegue mexer no básico.”

Q: “O procedimento de manuseio é muito fácil, eu não vejo dificuldade nenhuma, nenhuma.”

Segundo Tolentino (2006) existe um impacto positivo que a facilidade de uso ocasiona na adequação entre a tarefa e a tecnologia. Isso pode ser observado na declaração de alguns profissionais:

C: “o mais importante,... o controle de estoque... o vencimento de validade,... de adesão do paciente, não é?”

C: “Relatório de paciente em atraso, relatório de paciente transferido, relatório de número de pacientes, não é?”

*F: “eu acho que é um sistema fácil de operar. Ele é, de certa forma, autoexplicativo. Então tem uma interface fácil. Você quer dispensar, você vai **na dispensa**, você quer dar uma baixa de estoque tem lá a aba **de estoque**, não é?”*

O: “Pra mim um das coisas que facilita muito, é dispensar naquela horinha, principalmente o medicamento oral, porque me dispensa fazer cálculos. Então, pra mim é excelente. Chegou um paciente que é criança, eu coloco lá 10 ml de lamivudina, por exemplo, para 30 dias ou para 60 dias, ai o sistema vai me dar ali, tranquilo.”

Por fim, na subdimensão **Adequação entre a tarefa e a tecnologia** buscou-se investigar a percepção dos profissionais quanto ao suporte técnico do SICLOM, à confiabilidade dos dados disponíveis nesse sistema e se o profissional acha que o desenvolvimento do SICLOM levou em consideração as suas atividades no serviço.

Demonstra-se no Quadro 17 abaixo, que esta subdimensão encontra-se **parcialmente satisfatória**, alcançando seis dos nove pontos esperados, o que significa dizer, que em 66,7% dos casos o profissional tem a percepção de que o SICLOM colabora no desenvolvimento de suas tarefas.

Quadro 18: Matriz de análise e julgamento preenchida: **Adequação entre a tarefa e tecnologia**

| Critério/Indicador | PM | PO | % |
|---|-----------|-----------|-------------|
| Σ Escores observados de relacionamento / (10 pontos * N° de profissionais entrevistados)*100 | 3 | 1,5 | 50,0 |
| Σ Escores observados de confiabilidade / (5 pontos * N° de profissionais entrevistados)*100 | 3 | 1,5 | 50,0 |
| Σ Escores observados de compatibilidade/ (5 pontos * N° de profissionais entrevistados)*100 | 3 | 3,0 | 100,0 |
| Total da subdimensão Adequação entre tarefa e tecnologia | 9 | 6 | 66,7 |

*PM – pontuação máxima esperada e PO – pontuação observada

Nesse componente, para as questões relativas ao atendimento do suporte técnico, foi observado que a forma de coleta de dados (questionário auto aplicado) não previu situações em que o profissional não entra ou não teve contato com a equipe de suporte, ocasionando grande número de questões “sem resposta.”

Observou-se um baixo percentual no construto confiabilidade — que pode estar vinculada ao aspecto de estrutura ou base dos dados em si ou em termos de alimentação desses dados. No entanto, essas hipóteses foram levantadas somente a partir da identificação dessa fragilidade e, portanto, não puderam ser aprofundadas nesta investigação.

Segundo Tolentino (2006), a utilidade e a adequação entre tarefa e tecnologia conferem qualidade aos sistemas de informação e produzem um desempenho positivo do profissional, reforçando a necessidade de aprimoramentos, em especial quanto à confiabilidade do sistema. A questão de confiabilidade também foi identificada como resultado de pontos de estrangulamento dos sistemas de informação por Thaines et al. (2009).

Assim, foi geral a percepção dos profissionais de que o SICLOM leva em consideração as atividades desenvolvidas na UDM, perfazendo uma relação entre o observado e o esperado de 82,2%.

Portanto, os achados demonstram que a dimensão de **aceitabilidade** do SICLOM está implantada no DF. E isso pode ser constatado no depoimento de alguns profissionais, a seguir:

B: “Eu acho que é uma ferramenta muito importante.”

G: “... se a gente tivesse um programa desses, de computador, pra cada tipo de Programa, de dispensação, do Ministério da Saúde, ia ser o ideal. Seria o ideal porque facilita a gente entregar, facilita o controle, não é?... você olha o que,... qual o medicamento que a pessoa está tomando, as datas, enfim o histórico todo, não é?”

H: “... eu prefiro preencher, me sinto mais seguro (a) em preencher.”

“Com ele a gente consegue controlar muito bem todos os passos do medicamento, desde a chegada até a dispensa...”

N: “... acho que todo mundo que mexe com o SICLOM fica impressionado de como ele é detalhado, de como ele é bem feito.”

Q: “Você tem resposta na hora. Você identifica o que você errou.”

A dimensão aceitabilidade obteve a maior pontuação proporcional e a dimensão conformidade parece ser a que apresenta mais deficiências. Em que pese esta análise ter sido feita apenas para o módulo Operacional do sistema, pode-se dizer que o SICLOM está

implementado no Distrito Federal, necessitando de melhorias e aprimoramentos em alguns componentes de estrutura e processo, conforme pode se observar no Quadro 19 a seguir, que em resumo, apresenta que no Distrito Federal o grau de implantação do SICLOM foi de 69,6%, considerado, portanto, *parcialmente implementado*.

Quadro 19: Grau de implantação do SICLOM no Distrito Federal, 2011.

| Dimensão/Subdimensão | Pontuação máxima | | % GI | Grau de Implantação |
|-------------------------------|-----------------------|-------------|-------------|--------------------------------|
| | Esperada/ Possível | Observada | | |
| Conformidade | 57 | 38,4 | 67,4 | Parcialmente implantado |
| Disponibilidade | 22 | 13 | 59,1 | Parcialmente implantado |
| Qualidade Técnica | 33 | 23,4 | 70,9 | Parcialmente implantado |
| Oportunidade | 2 | 2,0 | 100,0 | Implantado |
| Aceitabilidade | 14 | 11 | 78,6 | Implantado |
| Utilidade | 3 | 3 | 100,0 | Implantado |
| Facilidade de uso | 2 | 2 | 100,0 | Implantado |
| Adequação tarefa e tecnologia | 9 | 6 | 66,7 | Parcialmente implantado |
| Grau de Implantação | 71 | 49,4 | 69,6 | Parcialmente implantado |

* GI – grau de implantação

5.3 Aspectos favoráveis e desfavoráveis ao uso do SICLOM

Nas entrevistas foi solicitado aos participantes que apontassem quais os fatores facilitadores e dificultadores para o uso pleno do SICLOM. O principal aspecto positivo, por eles identificados, foi à simplicidade do sistema, ou seja, a *facilidade de uso* do SICLOM, conforme pode ser apreciado nos pronunciamentos assinalados nas págs. 55 e 56.

Segundo os informantes, outro aspecto que fortalece o sistema é à contribuição do SICLOM nas tarefas desenvolvidas na farmácia, em termos de recursos do sistema e sua utilidade. As citações mencionadas na pág.56, relativas ao controle de estoque; vencimento de validade; relatórios (pacientes em atraso, transferidos, número de pacientes atendidos); realização de cálculos necessários à dispensação, bem como, as citações abaixo, reforçam o exposto.

C: “... total despreocupação... com data, com abastecimento... com os boletins, os relatórios que ele te dá, não é?”

J: “o médico dá uma prescrição... incompatível... ele (o SICLOM) informa o porquê e fala qual é o motivo da incompatibilidade.”

Q: “ele (o SICLOM)... te dá tudo. Ele te dá o nome, ele dá quando a pessoa pegou a última vez.”

Quanto aos fatores que dificultam o uso pleno do SICLOM, o principal aspecto mencionado foi a acessibilidade a internet e a lentidão do sistema, conforme testemunham as seguintes citações:

A: “... eu acho que ele podia ser mais rápido.”

B: “A dificuldade é a falta de rapidez da internet, não é?”

C: “seria a acessibilidade precária, na questão da máquina (computador)...”

D: “... difícil é a questão do link mesmo...”

E: “... a lentidão. O link é assim, bem lento, não é? É... isso dificulta um pouco.”

M: “... dificuldade em termos de conexão mesmo, de velocidade de conexão.”

N: “... eu acho que a questão de pessoal, que não é questão de quantidade de funcionário, nem de treinamento. É dele aceitar (o funcionário da UDM) que tem que esperar o sistema “falar, ok” para ele dispensar.”

Q: “Eu acho que dificulta a velocidade do sistema ou da rede.”

O uso de tecnologia para administrar e gerenciar a gama de informações produzidas, diariamente, é inevitável. Para isso, o acesso à internet está se ampliando cada vez mais, e com ele um aumento no volume de tráfego de dados, requerendo maior velocidade de navegação pela internet. Apesar da “era digital”, a acessibilidade a esse recurso nas UDM se mostrou frágil reclamando melhoria de forma a proporcionar agilidade no manejo do SICLOM.

Alguns profissionais apontaram como dificuldades, as questões relativas à incompatibilidade de dados no sistema. Isso diz respeito aos dados interfaceados entre o módulo Operacional e o módulo Gerencial do SICLOM. Ou seja, embora o módulo Gerencial represente a consolidação de importantes dados advindos do Operacional, na prática se comportam como dois sistemas, promovendo interpretações dúbias e/ou incompatibilidades de dados gerados. O exposto pode ser constatado nas seguintes citações.

G: “... às vezes, o que a gente lança no Gerencial... não bate com o logístico. Eu acho que isso dificulta um pouco.”

H: “... algumas vezes, a gente percebe que não tem a mesma informação o gerencial e o operacional.”

I: “... para mim, o ponto negativo é esse. São dois sistemas e, não necessariamente, comunicáveis entre si.”

M: “... a gente tem tido alguns problemas, de “sumir” nosso estoque, sem explicação,... entendeu?”

Por sua vez, outros profissionais, entendem que o SICLOM poderia ser aprimorado com recursos adicionais, que contribuiriam em algumas tarefas específicas. Os depoimentos a seguir confirmam o exposto:

F: “... tem que ter algumas ferramentas, que ainda não tem, como, o levantamento do número de pacientes, por esquema (terapêutico).”

H: “A falta de informação sobre o medicamento. Não dos medicamentos antirretrovirais, mas dos medicamentos que ele toma,... Então,... se faz uso de omeprazol,... se ele faz uso para tuberculose, os que são passíveis de interação medicamentosa, ou então... que sinaliza que ele teve infecção oportunista, recentemente.”

Ainda com referência aos aspectos desfavoráveis, questões sobre capacitação dos recursos humanos e, ainda, em termos de mudança cultural na atitude do profissional, foram citadas, como se pode ver a seguir:

B: “... eu não tive o treinamento.”

J: “... falta treinamento para conhecer o sistema em sua plenitude.”

Okamura (2006) aponta que é preciso que haja investimentos nos profissionais para que permaneçam no serviço e colaborem para a sustentabilidade das ações. Prado et al. (2010) em consonância com as sugestões de melhoria para implantação de um sistema de informação, abordam questões relativas a treinamento, interesse e planejamento.

Em resumo, os resultados deste estudo demonstram que o *SICLOM operacional* encontra-se *parcialmente implantado* no Distrito Federal, em consonância com as dimensões de *conformidade* e *aceitabilidade*. A dimensão de *conformidade* está parcialmente implantada no DF, uma vez que a *disponibilidade* de recursos, estrutura física e a *qualidade técnico-científica* dos procedimentos de uso do SICLOM encontram-se *parcialmente satisfatória* (de 50 a 74%), estando, todavia, alta a *oportunidade* técnica (superior a 75%). Verificou-se que a falta de treinamento e elevada demanda de trabalho, em especial, referente a outros Programas de Saúde, podem comprometer a *qualidade técnico-científica* de desenvolvimento das tarefas. O SICLOM no que se refere à dimensão de *aceitabilidade* está *implantado*, visto que os profissionais se mostraram motivados ao seu uso, considerando-o fácil de ser utilizado e bastante útil por contribuir com o desempenho de suas atividades, embora relatem dificuldades com a conectividade (problemas de conexão com a internet) e lentidão do sistema. Quanto aos critérios de *adequação entre a tarefa e a tecnologia*, a confiabilidade foi o ponto que merece aprimoramento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A implantação do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos de aids – SICLOM, no Brasil, representou um grande avanço em termos de produção de informações de forma a garantir a política de acesso universal ao tratamento das pessoas vivendo com HIV/aids e a melhoria da qualidade da assistência a essas pessoas. Por esta razão, os resultados deste trabalho se revestem de grande utilidade para o aperfeiçoamento das ações da intervenção ao demonstrar os pontos fortes e as fragilidades desta proposta inovadora de gestão da tecnologia em saúde, que é o SICLOM.

Na busca pela melhoria na utilização do SICLOM, a partir da identificação dos pontos fortes e fracos, este trabalho procurou valorizar o ponto de vista dos profissionais que fazem uso desse sistema e enfatizou *o gerenciamento das informações dos medicamentos antirretrovirais*, em termos de consumo, número de usuários SUS em tratamento e movimentação dos estoques.

O caso estudado foi o do Distrito Federal: local que participou do desenvolvimento do SICLOM, desde o início (1997) graças a sua proximidade com o Departamento de DST, AIDS e HIV, situado na capital da República. Os achados deste estudo demonstraram que, transcorridos 15 anos, o SICLOM encontra-se *parcialmente implantado*, necessitando de aperfeiçoamentos em alguns componentes de estrutura e processo. Apesar destes resultados, a aceitação desse sistema por parte dos profissionais, demonstrados principalmente nas subdimensões estudadas que alcançaram 100% dos pontos esperados – *utilidade e facilidade de uso* –, faz acreditar que as reflexões, suscitadas a partir dos resultados encontrados, e a devida correção das irregularidades, possibilitem que os objetivos do SICLOM sejam concretizados. Dentre esses, que a qualidade das informações seja aprimorada; que a capacidade de planejamento das aquisições seja ampliada; que a ampliação das ações para promoção da adesão seja possibilitada; e que os tratamentos sejam monitorados no que se refere às categorias de usuários e esquemas terapêuticos usados.

Esta visão otimista baseia-se nos resultados obtidos nesta avaliação, podendo ser citado dentre eles, que o resultado *satisfatório* alcançado na dimensão *conformidade*, subdimensão *oportunidade*, se deve, principalmente, às estratégias desenvolvidas pelos profissionais para atender ao prazo estabelecido (no primeiro dia útil do mês). Este resultado revela o empenho dos profissionais e a necessidade de maiores esforços por parte do coordenador de DST/AIDS e HV, e por parte dos gerentes das UDM, a fim de corrigir as

fragilidades evidenciadas nas duas outras subdimensões estudadas – *disponibilidade* e *qualidade técnico-científica* –.

Como apontado anteriormente, na subdimensão *disponibilidade* evidenciaram-se as deficiências de infraestrutura nas UDM entre as quais se destacaram a elevada demanda de trabalho e falta de insumos, como impressora, cartucho e papel. Ainda, em termos de estrutura, um dos principais pontos fracos foi dificuldade com a conectividade da internet e a lentidão do sistema, dificultando a rotina de dispensação, sobretudo, o preenchimento e envio dos relatórios do SICLOM. Este trabalho sugere que sejam feitos investimentos na infraestrutura que viabilizem o uso da informática, com uma conexão de alta velocidade na internet. Assim o uso de tecnologia da informação (SICLOM) poderá contribuir para a produção de dados com vistas à tomada de decisão.

Outro ponto a ser observado neste trabalho diz respeito ao espaço físico das farmácias visitadas, que não comportam aumento no volume de atendimentos. Esta é uma condição esperada, tendo em vista a cronicidade da aids. Além disso, as condições de trabalho se apresentaram precárias e insatisfatórias. Esse fato prejudica não apenas a rotina da UDM como o planejamento de ampliação do quadro de recursos humanos, já reconhecido como escasso. Sendo assim, este trabalho propõe, em termos de planejamento, que sejam adotadas medidas visando a reforma dos serviços, proporcionando um ambiente adequado ao desenvolvimento das atividades previstas e, ampliação do número de profissionais nesses serviços.

Na subdimensão *qualidade técnico-científica* dos procedimentos de manejo do SICLOM, constatamos que o cadastramento dos usuários SUS não foi relatado pelos profissionais, nem localizados nos arquivos da UDM. Foram apontadas ainda, fragilidades na realização de alguns procedimentos de dispensação de ARV no sistema e na manutenção da base de dados. Portanto, este trabalho considera fundamental que haja uma capacitação sistemática para os profissionais menos experientes, e também, para aqueles que foram treinados por colegas de trabalho. Como conteúdo programático, este trabalho sugere que se reforcem as questões de operacionalização do sistema, em especial, as funcionalidades de cadastro e dispensação de ARV, o recurso de suporte técnico e, como apontado por Silva (2005), que se explore e incentive o aspecto da associação entre o treinamento e a utilidade do sistema. Que esse processo seja monitorado para possibilitar intervenções, com vistas à continuidade das atividades na rede.

É oportuno assinalar que, mesmo tendo os profissionais se manifestado motivados para o manejo do SICLOM, a questão da confiabilidade dos dados é um dos desafios ainda a

ser superado. Como abordado por alguns profissionais, é fundamental que haja um aprimoramento na arquitetura do SICLOM, no que tange ao módulo Operacional e Gerencial. Os dados produzidos no Operacional são exportados para o Gerencial. No entanto, o ideal é que se aprimore a interface entre esses módulos, de modo que, na ocorrência de qualquer alteração na base original haja uma notificação para atualização dos dados exportados.

A comunicação é um recurso que merece atenção, pois além da existência de diversos canais de comunicação, a compreensão e interpretação também podem ser as mais variadas. Assim é imprescindível que os interesses e papéis dos atores envolvidos no processo sejam claramente definidos e disseminados. Que sejam reforçados, por exemplo, de quem é a responsabilidade da inativação de usuários SUS, a manutenção dos equipamentos, a solicitação de treinamento.

As descobertas deste estudo de caso se limitam ao Distrito Federal e, sob o aspecto de validade externa, podem não oferecer possibilidade de generalização. Assim, poderíamos ensinar a ampliação desta pesquisa para um número maior de amostras, ou mesmo, estendida para âmbito nacional. Seria interessante a análise e aprofundamento de indicadores, como o construto de confiabilidade e, de alguns recursos do SICLOM considerados pertinentes no presente estudo. São sugeridos aspectos como uma análise de unificação ou integração dos módulos Operacional e Gerencial, de forma a evitar interpretações dúbias e/ou incompatibilidades de dados gerados; a designação de um local centralizado no sistema para inativar os usuários ou os profissionais cadastrados do SUS que não acessarem mais o SICLOM; a criação de um recurso que permita a emissão de relatórios, a partir de algumas variáveis desejadas pelo profissional, ou seja, que os relatórios não sejam apenas aqueles predeterminados, como existe atualmente. Um relatório importante para o serviço seria, por exemplo, aquele que apresente o número de usuários por esquemas terapêuticos.

É importante lembrar, que apesar de o SICLOM ter como objetivo principal o gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais, esse sistema fornece informações clínicas relevantes como histórico dos esquemas terapêuticos utilizados; perfil dos usuários SUS em uso de ARV; categorias de exposição e falha terapêutica. As potencialidades desse sistema estão longe de serem exploradas se as condições se mantiverem conforme observadas neste estudo. Contudo, o Departamento de DST/Aids e HV cada vez mais vêm se utilizando/demonstrando que o SICLOM possibilita análises que subsidiam as revisões das recomendações técnicas vigentes e o preenchimento de indicadores para verificar a resposta ao controle da epidemia brasileira de aids. Ademais, juntamente com o Sistema de Controle

de Exames Laboratoriais – SISCEL, os dados cadastrais dos Usuários SUS no SICLOM tem sido utilizados para fins de identificação de casos de aids (Vigilância Epidemiológica).

Se reconhece que o SICLOM contribuiu com as políticas públicas de controle da epidemia de aids, no entanto, ainda restam alguns desafios a serem enfrentados para o aprimoramento do sistema em sua prática de uso.

Que os achados deste estudo possam ser disseminados aos demais Estados, em especial para aqueles com baixo percentual de uso do sistema, com vistas à sensibilização e à melhoria dos cenários de irregularidade de uso identificados.

E, para finalizar, os achados deste estudo suscitam outras reflexões que podem ser objeto de discussões posteriores, como: (1) Quais as barreiras para o uso regular do SICLOM operacional nas UDM que não o utilizam há mais de um ano? (2) Que prejuízos haveria para a política nacional de acesso universal aos ARV se não houvesse o SICLOM? (3) Que contribuição o SICLOM proporcionaria a outros Programas de Saúde que realizam dispensação de medicamentos? (4) De que forma os dados produzidos pelo SICLOM são utilizados em nível estadual/municipal e com que finalidade?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTIN, A. L., 2001. Valores estratégicos dos projetos de tecnologia da informação. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 42-50.

BENITO, G.A.V, LICHESKI, A.P., 2009. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. *Rev. bras. enferm.* [online]. vol.62, n.3, pp. 447-450. ISSN 0034-7167.

BRASIL, 2011. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Monitoraids*, 2011.

BRASIL, 2011a. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em < www://aids.gov.br >. Acesso em: 10 jan. 2012.

BRASIL, 2010. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico – AIDS e DST*. Ano VII nº 01 - 26ª a 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2009 - 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2010.

BRASIL, 2010a. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids : recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 224 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL, 2009. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Fiocruz entrega primeiras unidades do efavirenz nacional.* *Portal do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais*, Brasília, 16 fev. 2009. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/fiocruz-entrega-primeiras-unidades-do-efavirenz-nacional>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

BRASIL, 2008. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids). *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV - 2008*. 7. ed. Brasília, 2008. Série Manuais, n. 2.

BRASIL. 2007. Ministério da Saúde. Instrução Normativa nº1.626/07, de 10 de julho de 2007. Regulamenta os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST, bem como aos que não comparecem ao tratamento já em curso. Disponível em < <http://azt.aids.gov.br/gerencial/documentos/legislacao/> >. Acesso em: 23 fev. 2012.

BRASIL, 2006. Ministério da Saúde – PN-DST/AIDS (Brasil). *Manual de Referência Rápida de Dispensação de Medicamentos ARV pelo SICLOM*. Brasília: Editoração eletrônica

BRASIL, 2005. Ministério da Saúde – PN-DST/AIDS (Brasil). *Diagnóstico das Unidades Dispensadoras de medicamentos Anti-retrovirais quanto à infra-estrutura para a implantação da nova versão do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM)*. Brasília, [Documento de circulação interna].

BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Resposta+: A experiência do Programa Brasileiro de Aids*, Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids/UNESCO.

BRASIL, 1999. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 6, de 29 de janeiro de 1999. Aprova a Instrução Normativa da Portaria SVS/MS nº 344 de 12 de maio de 1998 que instituiu o Regulamento Técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 fev 1999.

BRASIL, 1996. Presidência da República. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 nov. 1996. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexo_2_1_002.pdf>.

BURGO, R.N.S. & TAMAE, R.Y., 2006. Administração de sistemas de informação: os desafios éticos da Tecnologia da Informação x Segurança. *Revista Científica Eletrônica de Administração*. 10

CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 1999. Framework for program evaluation in public health. *MMWR*, 48 (RR11): 40pp.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R., 1997. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz, Z. M.A. (Org.) – *Avaliação de Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na análise de Implantação de Programas*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ.

CRUZ, M.M., 2006. Avaliação de Programas de Prevenção de DST/AIDS para Jovens: Estudo de Caso numa Organização Governamental e numa Organização Não-Governamental do Município do Rio de Janeiro/ Marly Marques da Cruz.

DAVIS, F. D., 1989. Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology, *MIS Quarterly*, vol.13, nº 3, 319-340.

DENIS, J. L. & CHAMPAGNE, F., 1997. Análise da Implantação. In: *Avaliação de Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na análise de Implantação de Programas* (Hartz, Zulmira M. A., Org.). Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ.

FAUCI, A.S., 2006. Twenty-Five Years of HIV/AIDS. *Science*, 313(5786): 409

GOODHUE, D.L., THOMPSON, R. L., 1995. Task-Technology and Individual Performance, *MIS Quarterly*, vol. 19, 213-236. ISO/IEC DIS14598-5 Information Technology Evaluation of software product Part 5: Process for evaluators. Disponível em: <<http://www.cse.dcu.ie/essiscope/sm4/14598-5.html>>. Acesso em 23 set. 2011.

GUIBU, I.A., BARROS, M.B.A., DONALÍSIO, M.R., ALVES, MCGP, TAYRA A., 2011. Sobrevida de pacientes com Aids das regiões Sudeste e Sul do Brasil: análise da coorte de 1998 a 1999. *Cad. Saúde Pública. Cad. Saúde Pública* [online], vol.27, suppl.1, pp. s79-s92. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001300009>.

HARTZ, Z. & VIEIRA-da-SILVA, L.M. (Org.), 2005. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz.

HARTZ, Z.M.A. (Org.), 1997. *Avaliação de Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na análise de Implantação de Programas*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ.

IBGE, 2010. Censo Demográfico. Disponível em: < <http://www.sidra.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 fev. 2012.

LAUDON, K.C., LAUDON, J.P., 1999. Sistemas de informação com internet. Rio de Janeiro: LTC.

LOYOLA, M.A., 2008. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Abr 2008, vol.13, p.763-778.

LUIZA, V.L. et al., 2006. Avaliação Nacional da Dispensação de Medicamentos para as PVHA. Rio de Janeiro.

MALHOTRA, N.K., 2006. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. 4 ed. Porto Alegre: Bookman.

MARIN, N.; LUZIA, V.L.; OSÓRIO DE CASTRO, C.G.S. e MACHADO DOS SANTOS, S., 2003. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro, OPAS/OMS.

MARQUES, M.C.C., 2002. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2002, vol.9, suppl., pp. 41-65. ISSN 0104-5970.

MEDINA, M.G; SILVA G.A.P; AQUINO, R; HARTZ, Z M.A., 2005. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA e Vieira-da-Silva, L.M, (org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.

O'BRIEN, J.A., 2004. Sistemas de Informação e as decisões gerenciais na era da internet. São Paulo: Saraiva, 2. ed.

OKAMURA, M., 2006. Avaliação da Implantação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas / Mie Okamura – Brasília, 124p.

PAZ, L.C., 2008. Avaliação da Qualidade dos Dados do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) como Fonte de Identificação de Casos de AIDS em Crianças. Apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para obtenção do grau de Mestre. Rio de Janeiro; s.n; 2008.

PENCHANSKY, D.B.A & THOMAS, J.W., 1981. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Med Care*, February, 19(2):127-40.

PORTELA, M.C.; LOTROWSKA, M., 2006. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública*;40(Supl):70-9

PRADO, E. P. V.; CASTRO, R. P. S.; ALBUQUERQUE, J. P., 2010. Barreiras na implantação de sistemas de informação em uma instituição de saúde: a importância dos fatores humanos e de gerenciamento. RACEF - Revista de Administração, Contabilidade e Economia da Fundace, v.1, p.6.

PRADO, E. P. V.; TAKAOKA, H., 2007. Terceirização de Serviço de TIC: uma Avaliação sob a Óptica do Fornecedor In: I ENADI – Encontro Nacional de Administração da Informação, p. 1-14 (em CD), Florianópolis.

REIS, A.C.; SANTOS, E.M.; CRUZ, M.M., 2007. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 16(3):195-205.

SARACENI, V.; CRUZ, M.M.; LAURIA, L.M., DUROVNI, B., 2005. Trends and characteristics of AIDS mortality in the Rio de Janeiro city after the introduction of highly active antiretroviral therapy. Braz J Infect Dis [online]. 2005, vol.9, n.3, pp. 209-215. ISSN 1413-8670.

SILVA, A. L. M. R., 2005. A influência do treinamento de usuários na aceitação de sistemas ERP em empresas no Brasil. 2005. Dissertação (Mestrado em Administração)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SZWARCWALD, C.L., SOUZA-JR, P.R.B., 2004. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos. Boletim Epidemiológico-AIDS e DST- ano III - Nº 1-01ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2006.

THAINES, G.H.L.S., BELLATO, R. FARIA, A.P.S., ARAÚJO, L.F.S., 2009. Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. Contexto Enferm, Florianópolis; 18(3): 466-74.

TOLENTINO, R.S.S., 2006. Antecedentes do Desempenho Individual de Usuários de Sistema de Informação: Estudo empírico aplicado no setor de saúde. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Faculdade de Ciências Empresariais da Universidade Fumec, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração. Belo Horizonte; s.n; 2006

UNAIDS, 2010. Relatório Global sobre a Epidemia de Aids 2010 – Press Release. Disponível em http://www.onu-brasil.org.br/doc/PressRelease_Relatorio_Global_2010_Portugues.pdf. Acessado em 30/11/10.

WORTHEN, B.R., SANDERS, J.R., FITZPATRICK, J.L., 2004. Avaliação de programas: concepções e práticas. Traduzido por: Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Editora Gente.

YIN, R.K., 2001. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre Bookman.

ANEXOS

ANEXO A – Formulário de Cadastramento de Usuários SUS

FORMULARIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--------------|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 Número de Prontuário | | | | | | | | | | 2 CNS – Cartão Nacional de Saúde | | | | | | | | | |
| 3 Nome Completo do Usuário | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 Nome Completo da Mãe (Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 Cidade de Nascimento (Cidade / UF) | | | | | | | | | | 6 Data de Nascimento | | | | | 7 Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | | | | |
| 8 Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorada | | | | | | | | | | 9 CPF | | | | | | | | | |
| 10 Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Desquitado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) Judicialmente <input type="checkbox"/> União Estável | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 Permite contato * | | 12 Tipo de contato | | | (assinatura) | | | | | | | | | | | | | | |
| [1] sim [2] não | | [1] Telefone [3] e-mail [5] Contato com terceiros [2] Correio [4] Visita Domiciliar [9] outros _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Caso não compareça ao tratamento nas datas agendadas, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações. Somente preencher os dados de endereço se o usuário autorizar o contato. Esclarecer ao usuário o que é Instrução Normativa No 1.626, DE 10 DE JULHO DE 2007 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 Endereço | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 Bairro | | | | | | | | | | 15 CEP | | | | | | | | | |
| 16 Cidade de Residência (Cidade / UF) | | | | | | | | | | 17 E-mail para contato | | | | | | | | | |
| 18 Tipo do telefone: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular | | | | | | | | | | 19 Telefone para Contato (DDD + Número) | | | | | | | | | |
| 20 Observação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO E – Boletim Mensal para Avaliação do Uso de Medicamentos/aids

SICLOM Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids

BOLETIM MENSAL PARA AVALIAÇÃO E USO DE MEDICAMENTOS/AIDS

Data de emissão: 23/10/2010

| Unidade: | | Cidade: | | | | UF: | mês/ano: ___/___/___ | | | | |
|---|--|---|--|---|-----------------|---------------------------|---|--|--|---|------------------------------|
| NÚMERO DE USUÁRIOS SUS | | TOTAL | NÚMERO DE USUÁRIOS SUS | | | | | | | | TOTAL |
| Nº | | | CRIANÇAS | | | | ADULTOS | | | | |
| | | | AIDS - Crianças que retiraram medicamentos | AIDS - Crianças com Medicamentos em posse | IRN DE MÃE HIV+ | EXPOSIÇÃO NÃO OCUPACIONAL | AIDS - Adultos que retiraram medicamentos | AIDS - Adultos com Medicamentos em posse | GESTANTE HIV+ que retiraram medicamentos | GESTANTE HIV+ com Medicamentos em posse | |
| USUÁRIOS AIDS ADULTOS | | Total de Medicamentos Dispensados (em unidades) | | | | | | | | | NÚMERO TOTAL DE USUÁRIOS SUS |
| Total de Adultos que retiraram medicamentos | | | | | | | | | | | |
| Nº de Adultos que iniciaram tratamento | | | | | | | | | | | |
| Nº de Gestantes HIV+: | | | | | | | | | | | |
| USUÁRIOS AIDS CRIANÇAS | | | | | | | | | | | |
| Total de Crianças que retiraram medicamentos | | | | | | | | | | | |
| Nº de Crianças que iniciaram tratamento | | | | | | | | | | | |
| PROFILAXIA | | | | | | | | | | | |
| Total de Parturientes | | | | | | | | | | | |
| Total de Recém-nascidos | | | | | | | | | | | |
| Exposições (ocupacional e não ocupacional) | | | | | | | | | | | |
| MEDICAMENTOS | | | | | | | | | | | |
| Abacavir -Comp 300mg | | | | | | | | | | | |
| Abacavir -Sol. Oral 20mg/ml | | | | | | | | | | | |
| Ampranavir -Sol. Oral 15mg/ml | | | | | | | | | | | |
| Atazanavir -Cápsula 150mg | | | | | | | | | | | |
| Atazanavir -Cápsula 200mg | | | | | | | | | | | |
| Atazanavir -Cápsula 300mg | | | | | | | | | | | |
| Darunavir -Comp 300mg | | | | | | | | | | | |
| Didanosina -Pó pícol.oral 4g | | | | | | | | | | | |
| Didanosina Entérica -Cápsula 250mg | | | | | | | | | | | |
| Didanosina Entérica -Cápsula 400mg | | | | | | | | | | | |
| Efavirenz -Cápsula 200mg | | | | | | | | | | | |
| Efavirenz -Comp 600 mg | | | | | | | | | | | |
| Efavirenz -Sol. oral 30mg/ml | | | | | | | | | | | |
| Etravirina -Pó Líquido Injetável 90mg/ml | | | | | | | | | | | |
| Estavudina -Cápsula 30mg | | | | | | | | | | | |
| Estavudina -Pó pícol.oral 1mg/ml | | | | | | | | | | | |
| Etravirina -Comp 100mg | | | | | | | | | | | |
| Fosamprenavir -Comp 700mg | | | | | | | | | | | |
| Indinavir -Cápsula 400mg | | | | | | | | | | | |
| Lamivudina -Comp 150mg | | | | | | | | | | | |
| Lamivudina -Sol. oral 10mg/ml | | | | | | | | | | | |
| Lopinavir + Ritonavir -Comp 100mg + 25mg | | | | | | | | | | | |
| Lopinavir + Ritonavir -Comp 200mg + 50mg | | | | | | | | | | | |
| Lopinavir + Ritonavir -Sol. oral 80 + 20mg/ml | | | | | | | | | | | |
| Nevirapina -Comp 200mg | | | | | | | | | | | |
| Nevirapina -Suspensão Oral 10mg/ml | | | | | | | | | | | |
| Raltegravir -Comp 400mg | | | | | | | | | | | |
| Ritonavir -Cápsula 100mg | | | | | | | | | | | |

ANEXO F – Mapa de Movimento Mensal de Medicamentos/aids



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

Mapa de Movimento Mensal de Medicamentos/Aids

Data de emissão: 05/12/2010

Coor. Est. - SES - DISTRITO FEDERAL de DF Referente à 6 de 2010

| Abacavir -Comp 300mg-Fr. c/ 60 Comp | Saldo | Entradas | | | | Saídas | | | | | Saldo |
|-------------------------------------|----------|------------|------------|--------|-------------|-----------|------------|--------|--------------|--------|-------|
| | Anterior | Recebido | Remanejado | Ajuste | Dispensado | Devolução | Remanejado | Perdas | Pac.Internad | Ajuste | Final |
| UDM | 3.060 | 4.800 | 0 | 0 | 540 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7.320 |
| Maternidade/URE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Almoxarifados | 0 | 0 | 0 | 0 | Distribuido | | 0 | 0 | 0 | Ajuste | 0 |
| Almoxarifado Central | 5.520 | 0 | 0 | 0 | Distribuido | | 4.800 | 0 | 0 | 0 | 720 |
| | 8.580 | | | | | | | | | | 8.040 |
| Data de validade | | Lote | | | Quantidade | | | | | | |
| 28/02/2012 | | AB3010004A | | | 7.320 | | | | | | |
| 28/02/2012 | | AB3010004A | | | 720 | | | | | | |
| | | SOMA | | | 8.040 | | | | | | |

| Abacavir -Sol. Oral 20mg/ml-Fr. c/ 240ml | Saldo | Entradas | | | | Saídas | | | | | Saldo |
|--|----------|------------|------------|--------|-------------|-----------|------------|--------|--------------|--------|-------|
| | Anterior | Recebido | Remanejado | Ajuste | Dispensado | Devolução | Remanejado | Perdas | Pac.Internad | Ajuste | Final |
| UDM | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Maternidade/URE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Almoxarifados | 0 | 0 | 0 | 0 | Distribuido | | 0 | 0 | 0 | Ajuste | 0 |
| Almoxarifado Central | 8 | 0 | 0 | 0 | Distribuido | | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| | 48 | | | | | | | | | | 48 |
| Data de validade | | Lote | | | Quantidade | | | | | | |
| 31/03/2012 | | AA2010002A | | | 40 | | | | | | |

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro De Entrevistas – Gestor



Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz
Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde – DF/2009



ROTEIRO DE ENTREVISTAS - GESTOR

Formulário N°: ____/11

Data: ____/____/____

Nome da Instituição: _____

A. Dados demográficos

1. Qual a sua idade? _____ anos
2. Sexo: Masculino Feminino
3. Qual o seu maior nível de formação?
 Ensino fundamental (antigo primeiro grau)
 Ensino médio (antigo segundo grau)
 Ensino superior. Qual? _____
 Pós-graduação
4. Qual a sua função? _____
5. Desde quanto, aproximadamente, exerce essa função? _____

B. Organização do Serviço

6. Qual a população adstrita atendida no seu Serviço?
7. Quais os Programas de Saúde atendidos na sua Unidade?
8. Quantos profissionais trabalham na dispensação de medicamentos/aids?
9. Qual o número de horas (por semana) estão previstas para esses profissionais?
Farmacêuticos: _____ horas
Administrativos: _____ horas
10. Qual o quadro previsto de profissionais para a dispensação de medicamento/aids?
11. Quantos profissionais trabalham no manejo do SICLOM?
_____ profissionais
12. Quantos dos profissionais que trabalham na dispensação de medicamentos/aids, foram capacitados para o manejo do SICLOM?
_____ profissionais

13. Os computadores utilizados para o manejo do SICLOM dispõem de contrato de manutenção técnica?

Sim Não

14. A aquisição de insumos de informática, como papel para impressão e cartucho para as impressoras é de responsabilidade deste Serviço?

Sim Não.

15. Esses insumos estão disponíveis em tempo necessário?

Sim Não.

16. Esses insumos estão disponíveis de forma contínua?

Sim Não.

C. Sobre o SICLOM

17. O que é o SICLOM?

18. Os dados gerados pelo SICLOM são utilizados para o planejamento do serviço?

Sim Não.

a. Se sim, descreva quais são os dados utilizados e como são utilizados

19. No Programa anual de saúde estão previstas ações para o fortalecimento de sistemas de informação, no caso o SICLOM?

Sim Não

20. Na sua opinião, há vantagens em utilizar o SICLOM na sua Unidade?

Sim Não

a. Se sim, quais são essas vantagens?

b. Se não, quais seriam as desvantagens no uso do SICLOM?

21. Quais os fatores facilitadores para o manejo do SICLOM que você pode observar no seu Serviço?

22. E quanto aos fatores dificultadores do uso do SICLOM?

23. Que sugestões você aponta para a melhoria da dispensação com o uso do SICLOM?

APÊNDICE B – Roteiro De Entrevistas - Profissional



Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz
Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde – DF/2009



ROTEIRO DE ENTREVISTAS – PROFISSIONAL

Formulário Nº: ____/11

Data: ____/____/____

Nome da Instituição: _____

Esta pesquisa objetiva avaliar a implantação do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – SICLOM no Distrito Federal. É muito importante que você tente responder às perguntas da forma mais precisa e sincera. As informações são confidenciais, você não será identificado e os dados serão usados de forma agregada e exclusivamente para a pesquisa.

A. Dados demográficos

1. Qual a sua idade? _____ anos
2. Sexo: Masculino Feminino
3. Qual o seu maior nível de formação?
 - Ensino fundamental (antigo primeiro grau)
 - Ensino médio (antigo segundo grau)
 - Ensino superior. Qual? _____
 - Pós-graduação

B. Experiência

4. Há quanto tempo você usa computador?
 - Há menos de um ano
 - 1 a 2 anos
 - 2 a 5 anos
 - mais de 5 anos
5. E o SICLOM, há quanto tempo você maneja esse sistema?
 - Há menos de um ano
 - 1 a 2 anos
 - 2 a 5 anos
 - mais de 5 anos
6. Você faz uso contínuo do SICLOM?
 - Sim
 - Não
7. Além do SICLOM, você usa outro sistema de informação da área de saúde?
 - Não
 - Sim. Quais?
8. Há quanto tempo você faz uso da internet?
 - Há menos de um ano
 - 1 a 2 anos
 - 2 a 5 anos
 - mais de 5 anos
9. Desde quando você trabalha na dispensação de medicamentos de aids?
 - Há menos de um ano
 - 1 a 2 anos
 - 2 a 5 anos
 - mais de 5 anos
10. Você recebeu treinamento para uso do SICLOM?
 - Sim
 - Não

C. Organização do trabalho

11. Qual o horário de atendimento da farmácia? _____
12. Qual a sua função neste serviço? _____
13. Qual é o seu tipo de vínculo no serviço? _____
14. Qual a sua carga horária nesta unidade? _____ horas por semana
15. Há quanto tempo você trabalha nesta Unidade?
 Há menos de um ano 1 a 2 anos 2 a 5 anos mais de 5 anos
16. Você dispensa medicamentos para usuários com outras doenças? Quais?
17. Você acha que a unidade em que você trabalha dispõe das condições necessárias para o desenvolvimento das atividades?
 Sim Em partes Não.
Se você assinalou Em partes ou Não, indique as dificuldades:
 Escassez de recursos humanos.
 Estrutura física inadequada.
 Elevada demanda de trabalho.
 Falta de organização no serviço.
 Ausência de procedimentos operacionais.
 Falta de treinamento.
 Problemas com o computador.
 Outros. Especifique:
18. E para o uso do SICLOM, você acha que a sua unidade dispõe das condições necessárias?
 Sim Em partes Não.
Se você assinalou Em partes ou Não, indique as dificuldades:
 Escassez de recursos humanos.
 Estrutura física inadequada.
 Elevada demanda de usuários em terapia antirretroviral.
 Falta de treinamento.
 Lentidão do SICLOM.(questões estruturais do sistema)
 Problemas de conexão com a internet.
 Problemas com o computador.
 Outros. Especifique:
19. Você teve impressora, em funcionamento, para o uso do SICLOM?
 Nos últimos 6 (seis) meses No último mês Na semana da pesquisa Não
20. E houve disponibilidade de cartucho para impressora:
 Nos últimos 6 (seis) meses No último mês Na semana da pesquisa Não
21. E quanto a papel para impressão. A disponibilidade se deu:
 Nos últimos 6 (seis) meses No último mês Na semana da pesquisa Não

Pode marcar mais
de uma opção

Pode marcar mais
de uma opção

D. Em relação ao SICLOM e o seu uso

No quadro de afirmações a seguir, indique em que grau você concorda ou discorda de cada item, conforme a escala apresentada. Favor marcar apenas uma opção para cada item.

| | | | | |
|-------------------------------|----------|--------|----------|-------------------------------|
| Discordo Totalmente | Discordo | Neutro | Concordo | Concordo Totalmente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Item | Afirmação | Grau de concordância |
|------|---|----------------------|
| E01 | Aprendi a usar o SICLOM com facilidade. | 1 2 3 4 5 |
| E02 | O SICLOM tem interface amigável, ou seja, facilmente encontro nos menus as opções de tarefas que desejo executar. | 1 2 3 4 5 |
| E03 | Em pouco tempo adquiri habilidade no manejo do SICLOM. | 1 2 3 4 5 |
| E04 | O SICLOM dispõe de informações que são importantes para executar o meu trabalho. | 1 2 3 4 5 |
| E05 | Eu encontro as informações que preciso sobre dispensa de medicamentos ou pacientes no SICLOM | 1 2 3 4 5 |
| E06 | O SICLOM permite que minhas tarefas tenham menos erros. | 1 2 3 4 5 |
| E07 | Usando o SICLOM posso concluir minhas tarefas com maior rapidez. | 1 2 3 4 5 |
| E08 | Estou satisfeito com o atendimento do suporte técnico feito por meio do correio eletrônico. | 1 2 3 4 5 |
| E09 | Estou satisfeito com o atendimento do suporte técnico feito por meio do telefone 0800. | 1 2 3 4 5 |
| E10 | Quando é necessário comparar informações, encontro incoerências nos dados. | 1 2 3 4 5 |
| E11 | O SICLOM foi desenvolvido tendo em consideração as atividades que realizo no serviço. | 1 2 3 4 5 |
| E12 | Recebi treinamento com nível de detalhamento adequado. | 1 2 3 4 5 |
| E13 | Acredito que o nível de entendimento das funcionalidades do SICLOM melhorou depois de participar do treinamento. | 1 2 3 4 5 |
| E14 | O treinamento teve duração adequada. | 1 2 3 4 5 |

22. Que passos você realiza para dispensar um medicamento ARV pelo SICLOM?
(desde a chegada do usuário no serviço para receber ARV até a saída do ARV no sistema)
23. Como é realizado o cadastramento dos usuários?
24. Qual o fluxo adotado no seu serviço para a transferência de Usuários SUS no SICLOM?
25. Com que frequência você realiza o procedimento de inativação de usuários SUS?
26. Como são identificados os usuários SUS a serem inativados?
27. Em que situação você preenche o campo “posse de usuário” no registro da dispensação de medicamentos aids?
28. Você faz o registro online da dispensa de medicamentos no momento da dispensa ou esse procedimento é feito depois?
29. O fechamento dos dados é realizado no primeiro dia útil, antes da primeira dispensa pelo SICLOM?
 Sim Não
30. Quais os fatores que dificultam esse procedimento de fechamento dos dados?
31. Você se sente motivado a preencher os dados no SICLOM?
 Sim Não
32. No seu ponto de vista, quais são os fatores facilitadores para o uso pleno do SICLOM?
33. E quais seriam os fatores dificultadores para o uso pleno do SICLOM?
34. Qual seria um recurso ou funcionalidade no SICLOM que melhoraria a realização das suas atividades?

APÊNDICE C – Termo De Compromisso Diante Da Cessão De Bases De Dados Que Contendam Dados Confidenciais

Termo de Compromisso firmado entre o MINISTÉRIO DA SAÚDE, neste ato representado(a) por Renato Girade, _____ (*cargo, matrícula, documento de identidade, CPF*), lotado no Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, doravante denominado (a) simplesmente CONCEDENTE, e por Karim Sakita, _____ (*cargo, matrícula, documento de identidade, CPF*), lotado no Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais doravante denominado(a) simplesmente COMPROMITENTE, tendo por objeto a cessão de bases de dados confidenciais

Cláusula I

Do Objeto

As bases de dados que estão sendo cedidas são:

| | Sistema | Abrangência Geográfica | Período | Critérios de seleção de registros |
|----|--|------------------------|---------|-----------------------------------|
| a) | SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos | Distrito Federal | | |

Cláusula II

Das Finalidades

O COMPROMITENTE declara que as finalidades para as quais se destinam esta(s) base(s) de dados são única e exclusivamente as descritas abaixo.

1. Para fins de análises relativas ao projeto "Avaliação da Implantação do Sistema Brasileiro de Controle Logístico de Medicamentos: O caso da Aids", objeto do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde DF-2009, da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

Cláusula III

Da Forma de Cessão

A cessão da(s) base(s) de dados objeto deste termo será feito por meio de mídia DVD, não devendo ser copiada para qualquer outro dispositivo de armazenamento

Cláusula IV

Das Responsabilidades

De posse da(s) bases(s) de dados cedidas, o COMPROMITENTE assume as seguintes responsabilidades:

§1º. Guardar sigilo e zelar pela privacidade dos dados relacionados/listados nesta(s) base(s) de dados.

§2º. Guardar sigilo sobre eventuais senhas fornecidas para acesso a esta(s) base(s) de dados.

§3º. Não repassar, comercializar ou transferir a terceiros as informações, objeto deste termo, de qualquer forma que viole seu sigilo.

§4º. Não disponibilizar emprestar ou permitir acesso de pessoas ou instituições não autorizadas a esta(s) base(s) de dados.

§5º. Quando da guarda do dispositivo de mídia eletrônica, esta deve ser realizada em local que não permita o acesso, físico ou lógico de pessoas não autorizadas.

§6º. Não divulgar, por qualquer meio, inclusive nos relatórios de conclusão da pesquisa, dados ou informações contendo quaisquer outras variáveis que permitam a identificação de indivíduos ou que afetem a sua confidencialidade.

§7º. Não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade da(s) base(s) de dados originalmente cedida;

§8º. Utilizar as informações contidas nestas bases de dados exclusivamente para as finalidades descritas na cláusula II.

§9º. Quando do descarte do dispositivo de mídia eletrônica que contenha a base de dados cedida, fazê-lo de forma a não permitir a recuperação total ou parcial das informações.

§10. Em caso de quebra de segurança da informação por meio de recursos de tecnologia da informação ou de outra forma, comunicar imediatamente ao Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais – Coordenação Sustentabilidades, Gestão e Sustentabilidade.

Parágrafo Primeiro: o COMPROMITENTE assume a plena responsabilidade técnica pelas análises que vier a fazer dos dados produzidos pelo estudo e pela sua divulgação.

Parágrafo Segundo: o COMPROMITENTE declara estar consciente de que o descumprimento de qualquer cláusula do presente TERMO DE COMPROMISSO resultará na perda de acesso a qualquer base de dados confidenciais do CONCEDENTE no futuro e da comunicação às autoridades jurídicas para as providências cabíveis.

Parágrafo Terceiro: o COMPROMITENTE declara estar ciente e de acordo com todas as condições constantes neste TERMO DE COMPROMISSO e de sua responsabilidade legal, assumindo inteira responsabilidade pelas conseqüências legais da utilização indevida desta(s) base(s) de dados, por si ou por terceiros, da qual isenta inteiramente o CONCEDENTE.

<CIDADE>, de de .

<NOME E ASSINATURA DO (S) COMPROMITENTE (S) >

<NOME E ASSINATURA DO CONCEDENTE>

APÊNDICE D – Roteiro de Observação Direta



Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz
Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde – DF/2009



ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA

Roteiro N°. _____/11

Data: ____/____/____

Nome da Instituição: _____

Sobre as condições da farmácia da UDM visitada e os profissionais da farmácia

| Item | S | N | Observação |
|--|---|---|------------|
| 1. Espaço específico para dispensa de ARV | | | |
| 2. Espaço físico com rede elétrica | | | |
| • Telefone com linha externa | | | |
| • Móvel para computador | | | |
| • Armário para arquivo | | | |
| 3. Computador para uso do SICLOM | | | |
| 4. Impressora em funcionamento | | | |
| 5. Papel para impressão | | | |
| 6. Cartucho para impressora | | | |
| 7. Acesso à internet banda larga | | | |
| 8. Medicamentos ARV para o tratamento das PVHA (Relação anexa) | | | |
| 9. Formulários de cadastramento | | | |
| 10. Formulários de cadastramento preenchidos e assinados pelo responsável técnico e pelo Usuário SUS | | | |
| 11. Formulários de transferência preenchidos e assinados pelo responsável técnico e pelo Usuário SUS | | | |
| 12. Formulários de solicitação de medicamentos/aids disponíveis para os médicos | | | |
| 13. Número de funcionários na área de atendimento da farmácia | | | |
| 14. Lista de presenças dos treinamentos para o SICLOM | | | |
| 15. Localização do SICLOM no Serviço | | | |

Relação dos antirretrovirais (ARV) disponíveis na UDM.

| Medicamento | Presença | Observação |
|---|-----------------|-------------------|
| ABACAVIR (ABC) Solução Oral (UNICEF) | | |
| ABACAVIR (ABC) 300mg (UNICEF) | | |
| ATAZANAVIR (ATV) 200mg | | |
| ATAZANAVIR (ATV) 300mg | | |
| DARUNAVIR (DRV) 300mg | | |
| DIDANOSINA (ddI) Pó para Solução Oral 4g | | |
| DIDANOSINA (ddI) EC 250mg | | |
| DIDANOSINA (ddI) EC 400mg | | |
| EFAVIRENZ (EFZ) 200mg | | |
| EFAVIRENZ (EFZ) 600mg | | |
| EFAVIRENZ (EFZ) Solução Oral 30mg/mL | | |
| ENFUVIRTIDA (T-20) Pó Liófilo Injetável 90mg/mL | | |
| ESTAVUDINA (d4T) 30mg | | |
| ESTAVUDINA (d4T) Pó para Solução Oral 1mg/ml | | |
| ETRAVIRINA (ETR) 100mg | | |
| FOSAMPRENAVIR (FPV) 700mg | | |
| INDINAVIR (IDV) 400mg | | |
| LAMIVUDINA (3TC) 150mg | | |
| LAMIVUDINA (3TC) Solução Oral 10mg/mL | | |
| ZIDOVUDINA 300mg + LAMIVUDINA 300mg (AZT+3TC) | | |
| LOPINAVIR 200mg + RITONAVIR 50mg (LPV/r Comprimido) | | |
| LOPINAVIR 100mg + RITONAVIR 25mg (LPV/r Baby Dose) | | |
| LOPINAVIR Solução Oral 80/mL + RITONAVIR 20mg/mL (LPV/r Solução Oral) | | |
| NEVIRAPINA (NVP) 200mg | | |
| NEVIRAPINA (NVP) Suspensão Oral | | |
| RALTEGRAVIR (RAL) 400mg | | |
| RITONAVIR (RTV) 100mg | | |
| RITONAVIR (RTV) Solução Oral 80mg/mL | | |
| SAQUINAVIR (SQV) 200mg | | |
| TENOFOVIR (TDF) 300mg | | |
| TIPRANAVIR (TPV) 250mg | | |
| ZIDOVUDINA (AZT) 100mg | | |
| ZIDOVUDINA (AZT) Solução Injetável 10mg/mL | | |
| ZIDOVUDINA (AZT) Solução Oral 10mg/mL | | |

Considerações sobre a operacionalização do SICLOM

| Item observado | S | N | Observação |
|---|---|---|------------|
| 1. O SICLOM estava em funcionamento? | | | |
| 2. Quantos profissionais manejavam o SICLOM? | | | |
| 3. Foi realizada a conferência do receituário com o Formulário de solicitação de medicamentos? | | | |
| 4. Houve a separação dos medicamentos antes da digitação da dispensa no SICLOM? | | | |
| 5. Foi realizada a conferência dos ARV juntamente com o Usuário SUS antes do efetivo recebimento pelo Usuário | | | |

Número de dispensas observadas: _____

Número de cadastramentos/transferências observados: _____

Levantamento de dados de cadastro e entradas de medicamentos

| Item | Jan/11 | Fev/11 | Mar/11 | Abr/11 | Mai/11 | Jun/11 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. Nº de cadastramento de novos usuários SUS arquivados | | | | | | |
| 2. Nº de transferências de usuário SUS arquivados | | | | | | |
| 3. Total de medicamentos recebidos pelo NIAB | | | | | | |
| 4. Total de medicamentos recebidos por remanejamento | | | | | | |
| 5. O registro de perda de medicamentos foi realizado de forma adequada? | | | | | | |

Observações gerais

APÊNDICE E – Termo de Anuência

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da implantação do Sistema Brasileiro de Controle Logístico de medicamentos – SICLOM: o caso do Distrito Federal”, de responsabilidade da pesquisadora Karim Midori Sakita, nesta Unidade

Brasília, dede 2011.

Gerente Responsável

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz
Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde – DF/2009



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) participar de uma entrevista que deve durar cerca de 20 -30 minutos, mas sua participação não é obrigatória.

Esta pesquisa faz parte do curso de Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, para analisar os fatores facilitadores e os obstáculos para a implantação do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos - SICLOM. As informações obtidas serão usadas para a melhoria dos serviços nos Estados por estas e outras instituições.

Caso concorde em participar, um (a) entrevistador (a) da equipe conduzirá a entrevista. As perguntas estão impressas e suas respostas serão anotadas. Os riscos associados à participação neste estudo são mínimos. Serão feitas perguntas sobre seu tempo de atuação como profissional, capacitações realizadas, percepções em relação à dispensa de medicamentos de aids e a alimentação do SICLOM.

Não existem respostas certas ou erradas. Você poderá se recusar a responder perguntas ou interromper a entrevista a qualquer momento. Sua participação neste estudo poderá beneficiar no desenvolvimento de estratégias para a melhoria dos serviços de saúde.

Todas as suas respostas serão mantidas em sigilo. No questionário não consta seu nome e suas respostas serão vistas somente pelos pesquisadores e todos os questionários e registros serão guardados em lugar seguro, sob a responsabilidade dos pesquisadores.

A sua decisão de não participar não irá, de forma alguma, afetar sua atividade no serviço de saúde.

Fica entendido que você pode perguntar o que quiser antes de assinar este documento. Caso tenha dúvidas durante o estudo, poderá entrar em contato com a pesquisadora Karim Midori Sakita, pelo telefone (61) 3306 7538.

Declaro que li este termo de consentimento e todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente. Assim, concordo em participar deste estudo.

Assinatura ou rubrica do entrevistado: _____

Local: _____ Data: _____

Assinatura do entrevistador: _____