MINISTÉRIO DA SAÚDE

Qualiaids

Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília – DF

2008

© 2008 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs
Esta publicação foi apoiada pelo "HHS Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for HIV, viral Hepatitis, STD, and TB Prevention (NCHHSTP), Global AIDS Program (GAP) Cooperative Agreement". Seu conteúdo é responsabilidade apenas dos autores e não representam necessariamente a visão oficial do CDC.

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1ª edição – 2008 – 4.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids
Av. W3 norte, SEPN 511, Bloco C, 2º andar
CEP: 70750-543, Brasília – DF
Tel.: (61) 3448-8009
Fax: (61) 3448-8080
E-mail: aids@aids.gov.br
Home page: http://www.aids.gov.br

Colaboração:
Ana Cássia dos Reis (SES/CRT/SP)
Analice Oliveira (SES/CRT/SP)
Ângela Pires Pinto (PN- DST/AIDS)
Décio R. Masini (SES/CRT/SP)
Eduardo Malheiros Ferreira (PN- DST/AIDS)
Fernanda Alvim (PN- DST/AIDS)
Gustavo Mizuno (SES/CRT/SP)
Márcia U. Brandimiller (SES/CRT/SP)
Maria José Ferreira (SES/CRT/SP)
Sônia Prado Garcia (SES/CRT/SP)
Tânia Cristina Gimenes Ferreira (PN- DST/AIDS)
Valdir Monteiro Pinto (PN- DST/AIDS)

Coordenação:
Maria Ines Battistella Nemes (FM-USP)
Cáritas Relva Basso (SES/CRT/SP e FM-USP)
Elen Rose Lodeiro Castanheira (UNESP)
Regina Melchior (UEL)
Tatianna Meireles Dantas de Alencar (PN- DST/AIDS)
Joselita M. Magalhães Caraciolo (SES/CRT/SP e FM-USP)
Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves (UFMA)

Projeto gráfico e capa:
Bruno Imbroisi (PN- DST/AIDS)

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids.
Qualiaids : avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em aids no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
100 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 978-85-334-1510-2

1. Aids. 2. Qualidade dos cuidados de saúde. 3. Avaliação dos serviços. I. Título. I. Série.

CDU 616.98:578.828

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0745

Títulos para indexação:
Em inglês: Qualiaids: appraisal and monitoring of the ambulatorial quality on AIDS treatment in the Unified Health System (SUS – Brazil)
Em espanhol: Qualiaids: evaluación y verificación de la cualidad en la asistencia del tratamiento del Sida en el dispensario del Sistema Único de Salud (SUS – Brasil)

Sumário

	Apresentação	5
1	Objetivo	7
2	Estrutura geral do questionário eletrônico	7
3	Conteúdos das questões pontuadas e critérios de pontuação	7
4	Tipos de questões e formas de pontuação	11
5	Questionário Qualiaids: como analisar	12
6	Limites e alcances da avaliação	13
7	Normas e critérios de qualidade: recomendações de boas práticas	14
7.1	Organização da assistência	14
7.2	Gerenciamento técnico do trabalho	32
7.3	Disponibilidade de recursos	44
	Anexos	52
	Anexo A – Origens e bases do sistema Qualiaids	52
	Anexo B – Questionário online Qualiaids	54
	Anexo C – Distribuição de questões por indicadores e pontuação	90
	Anexo D – Banco de dados simulado	98

APRESENTAÇÃO

Desde o inicio da epidemia de aids, o Brasil expandiu expressivamente o número de serviços de atenção às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA). Hoje, em todo o país, mais de 600 serviços do SUS prestam assistência ambulatorial às PVHA. Esses serviços possuem diferentes configurações institucionais: são ambulatórios gerais ou de especialidades, ambulatórios de hospitais, unidades básicas de saúde, postos de saúde, policlínicas e serviços de assistência especializados em DST/HIV/aids (SAE). Administrados, também, de diferentes formas - por municípios, estados, União, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas com o SUS - esses serviços têm infra-estrutura e recursos bastante dependentes das conjunturas locais.

A necessidade de conhecer as características da assistência e avaliar a qualidade de serviços tão diversos levou o Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS) a estabelecer parcerias com a Equipe Qualiaids[1] visando à criação de mecanismos de monitoramento e avaliação (M&A) que contribuam para o aprimoramento da assistência em HIV e aids no SUS.

Entre 2001 e 2002, ocorreu a primeira etapa desta parceria com a construção pela Equipe Qualiaids de um instrumento de avaliação da qualidade aplicável a todos os serviços do SUS que assistem adultos vivendo com HIV e aids em nível ambulatorial. O principal pressuposto que guiou o desenvolvimento do instrumento foi o de que, independentemente das características institucionais e locais, todos os serviços devem possuir um nível aceitável de qualidade da assistência.

O instrumento desenvolvido – um questionário auto-aplicável com questões de múltipla escolha sobre as características do trabalho local de assistência - foi respondido por 95,8% (322 serviços) do universo dos serviços de sete estados brasileiros (CE, MA, MS, PA, RJ, RS, SP). Os resultados obtidos permitiram classificar os serviços em 4 níveis distintos de qualidade e foram utilizados pelas equipes locais e coordenações destes estados para orientar ações de organização dos serviços. A condução, bases e resultados da pesquisa que originou o questionário Qualiaids estão disponíveis no anexo A.

A utilidade do questionário Qualiaids para apoiar o gerenciamento local motivou o PN-DST/AIDS e a Equipe Qualiaids a ampliar a utilização desse instrumento para todos os serviços. Em 2005, o questionário original da pesquisa e o modelo de classificação dos níveis de qualidade foram revistos e adaptados para uso eletrônico.

Desta vez, acoplou-se ao questionário *online* um conjunto de 'recomendações de boas práticas' referentes às dimensões da assistência abordadas na avaliação, de modo a esclarecer o critério de qualidade que guiou a construção e classificação (pontuação) de cada questão.

Em 2007, o Questionário eletrônico Qualiaids foi oficialmente implantado pelo PN-DST/AIDS, por meio de um sistema *online*, e respondido por cerca de 80% dos serviços (504 serviços) do país.

A presente publicação é fruto do questionário e das recomendações disponíveis, até então, apenas na internet. Visam atingir um público mais amplo e contribuir para amparar ações de monitoramento e avaliação de gerentes e gestores, planejar ações locais e auxiliar na compreensão dos indicadores de qualidade usados para M&A.

A qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde é a principal estratégia para a redução da mortalidade e morbidade relacionadas à aids, ao lado do diagnóstico precoce. O Programa Nacional de DST e Aids e a Equipe Qualiaids esperam que a disseminação do Questionário Qualiaids colabore para a melhoria continuada da atenção aos que vivem com HIV e aids no Brasil.

---

[1] A Equipe Qualiaids reúne docentes e pesquisadores de diversa formações profissionais vinculados a várias universidades brasileiras. O anexo A descreve o trabalho e a formação da Equipe.

1 OBJETIVO

Auxiliar gerentes e equipes locais responsáveis pela assistência ambulatorial às PVHA e os níveis gerenciais regionais e centrais dos Programas de DST e Aids na avaliação e monitoramento da qualidade da assistência.

2 ESTRUTURA GERAL DO QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO

O Questionário eletrônico Qualiaids <http://www.aids.gov.br/qualiaids> é composto por 107 questões de múltipla escolha, para serem respondidas pelo gerente e equipe do serviço de saúde local. O questionário Qualiaids impresso e completo está disponível no anexo B desta publicação.

Contém questões descritivas que apenas caracterizam o serviço e questões pontuadas que geram indicadores que classificam o serviço segundo o grau de qualidade (Quadro 1).

Quadro 1: Distribuição das questões do questionário Qualiaids segundo o tipo de questão

TIPO DE QUESTÃO	NÚMERO DA QUESTAO
Questões descritivas	1, 2, 6 e 101.
Questões pontuadas	7 a 12, 14 a 100, 102 a 107.
Questões descritivas que produzem denominadores	3, 4, 5 e 13.

As questões pontuadas recebem valores de 0, 1 ou 2; sendo que a pontuação 2 representa a melhor qualidade esperada.

Ao final das respostas, o sistema fornece a média geral das questões pontuadas e confere ao serviço um grau de qualidade expresso pela distância proporcional desta média em relação ao "padrão-ouro" correspondente à média 2 (Ex: média obtida: 1,5; equivalente a 75% do padrão ouro).

O sistema fornece ainda uma lista das questões respondidas segundo os valores obtidos, bem como o critério de qualidade utilizado para pontuar cada questão na forma de recomendações de boas práticas.

3 CONTEÚDOS DAS QUESTÕES PONTUADAS E CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO

O questionário aborda apenas dimensões de estrutura e processo da assistência ambulatorial reunidas em **3 grandes dimensões avaliativas:**

- **Organização do processo de assistência** (Processo)
- **Gerenciamento técnico do trabalho** (Processo)
- **Disponibilidade de recursos** (Estrutura)

Em consonância com o quadro teórico que orientou a metodologia de construção do questionário, foram valorizadas as respostas que indicam atributos de estrutura e processo da atenção prestada, necessários para propiciar uma assistência do tipo *programática*, isto é, organizada segundo os princípios e diretrizes clínicas, epidemiológicas e éticas da assistência do Programa Nacional de DST e Aids.

Esses princípios e diretrizes foram "traduzidos" no processo de construção e validação do questionário, sucessivamente, em normas, critérios, indicadores e padrões de qualidade. Assim, foram ajuizadas positivamente as dimensões de estrutura e processo dos serviços implicadas nos princípios e diretrizes descritos no quadro 2, a seguir:

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DE QUALIDADE DA AVALIAÇÃO QUALIAIDS

- Sigilo sobre o diagnóstico e o respeito pela individualidade dos usuários.
- Condições adequadas de acessibilidade física e funcional ao serviço.
- Condições adequadas de biossegurança para profissionais e usuários.
- Disponibilidade de recursos humanos e insumos necessários que permitam que as atividades de diagnóstico e terapêuticas ocorram de acordo com as normas técnicas do PN-DST e AIDS e das evidências médicas.
- Acesso regular a médicos e outros profissionais de saúde não médicos (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e dentistas).
- Organização do processo de assistência de modo a garantir acesso pronto a alvos prioritários: pacientes com urgências clínicas; pacientes novos; pacientes faltosos ao seguimento; gestantes e parceiros de pacientes.
- Organização do processo de assistência de modo a promover o vínculo profissional-usuário.
- Organização do processo de assistência de modo a promover a adesão ao tratamento.
- Oferta de insumos e atividades regulares de orientação para a prevenção da transmissão das DST e aids e para a vida reprodutiva.
- Oferta de atividades regulares de orientação sobre direitos sociais.
- Oferta de atividades regulares de orientações sobre medicamentos, para melhoria da adesão.
- Organização das atividades da equipe multiprofissional de modo integrado, valorizando a interdisciplinaridade e o trabalho conjunto.
- Utilização de registros padronizados que permitam monitoramento regular, bem como a comunicação padronizada entre os profissionais da equipe.
- Atualização profissional para capacitação e formação continuada dos profissionais.
- Existência de canais regulares de discussão sobre o trabalho entre os profissionais.
- Monitoramento e avaliação rotineiros das atividades realizadas.
- Formas regulares de diálogo e participação com usuários e sociedade civil.

Esses princípios e diretrizes foram expressos em:

Indicadores: atividade e/ou recurso que indica com aceitável sensibilidade a operacionalização de um princípio de qualidade; e é passível de ser avaliado com aceitável fidedignidade mediante auto-resposta estruturada.

Os indicadores são expressos nas questões. O critério de pontuação representa o padrão adotado: o melhor padrão corresponde à medida de valor 2, o padrão médio à medida de valor 1 e o padrão insatisfatório ou mínimo à medida de valor 0.

Para possibilitar as análises globais do questionário, os indicadores foram reunidos sucessivamente em:

Categorias avaliativas: conjuntos de indicadores que avaliam atividades e/ou recursos dos serviços que, embora interdependentes, expressam mais claramente e com aceitável independência a operacionalização de princípios de qualidade.

Dimensões da avaliação: grandes conjuntos de categorias avaliativas que reúnem indicadores de atividades e/ou recursos dos serviços que, embora interdependentes, guardam homogeneidade interna aceitável que possibilita analisá-los separadamente.

A distribuição de questões segundo esta classificação pode ser vista no quadro adiante.

Quadro 2: Número de indicadores (quantidade de questões pontuadas) segundo dimensão e categorias avaliativas

DIMENSÃO	CATEGORIA AVALIATIVA	QUANTIDADE DE INDICADORES
ASSISTÊNCIA	Acolhimento	05
	Organização e rotinas da assistência médica	13
	Organização e rotinas da assistência de enfermagem	06
	Organização e rotinas da assistência de outros profissionais	04
	Organização geral do trabalho	05
	Orientações e aconselhamento	05
	Atividades de adesão ao tratamento	04
GERÊNCIA	Coordenação do trabalho	11
	Registros, avaliação, monitoramento e planejamento	15
	Atualização dos profissionais	03
	Comunicação e interação Serviço - Usuários - Comunidade	03
RECURSOS	Recursos humanos	05
	Medicamentos, exames e referências	09
	Acesso	05
	Infra-estrutura básica	05

Para que os princípios e diretrizes orientassem corretamente a pontuação das respostas, foi preciso "traduzi-los" novamente em alternativas para as questões. Para isso, utilizou-se como base estudos qualitativos e testes realizados em serviços durante o processo de construção e validação do questionário (anexo B). A preocupação foi a de **apresentar apenas respostas que contivessem ações possíveis de serem realizadas pelos serviços na realidade brasileira (e não ações "ideais").** Conforme o exemplo a seguir:

Questão 39. Para as mulheres, qual a forma de acesso predominante ao atendimento médico ginecológico nesse serviço?

A resposta que recebe a maior pontuação é:

"Agendamento de avaliação periódica mesmo na ausência de queixas".

Essa afirmação é coerente com os princípios do PN-DST/AIDS; é possível de ser realizada e foi observada em serviços existentes.

Já as respostas que relatam que o agendamento é feito conforme demanda ou queixas do paciente representam o "básico" que o serviço pode realizar e que muitos o fazem, recebendo por isso a pontuação intermediária de 1, enquanto a não disponibilidade de atendimento ginecológico representa a situação mais insatisfatória, recebendo valor zero.

Outra preocupação importante na construção da pontuação foi a de **ponderar os recursos disponíveis segundo o porte do serviço**. Assim, serviços com 300 a 500 pacientes recebem pontuação máxima apenas se tiverem pelo menos um profissional enfermeiro exclusivo. Já serviços com menos de 300 pacientes recebem pontuação máxima somente relatando a disponibilidade de pelo menos um desses profissionais, quer seja exclusivo para os pacientes de aids, quer não.

Ressalte-se, finalmente, que a divisão em **dimensões, categorias e indicadores avaliativos** obedece ainda à necessidade de estruturar a avaliação. Tal como acima mostrado, essas divisões são nomeadas de acordo com o princípio de qualidade que as fundamenta e com o conjunto de atividades e responsabilidades profissionais mais próximas desses princípios. Por isso, há evidentes intersecções entre elas. Uma das mais notáveis intersecções é do papel da gerência do serviço, que, embora focalizado na dimensão de Gerenciamento Técnico do Trabalho, tem evidentes responsabilidades na Organização da Assistência.

Do mesmo modo, alguns princípios e diretrizes que guiaram a construção do questionário estão presentes em mais de uma questão. Esse é, por exemplo, o caso do estímulo à adesão ao tratamento, que, embora seja diretamente focada em quatro questões, está presente no raciocínio que guiou a construção de questões referida a outros temas. Assim, a questão que se refere ao acolhimento de faltosos foi também baseada na evidência de associação entre falta nas consultas com maiores riscos de não adesão.

4 TIPOS DE QUESTÕES E FORMAS DE PONTUAÇÃO

As questões (descritivas ou pontuadas) têm duas formulações: as que admitem como resposta uma única alternativa e as que possibilitam a escolha de várias alternativas.

No caso das **questões pontuada**s, o sistema procede conforme os exemplos a seguir.

Questão 38. No atendimento médico, o registro é feito:

Assinale apenas uma alternativa

(1) Livremente em folhas em branco, a critério do profissional

(2) Em campos padronizados para preenchimento somente na 1ª consulta

(3) Em campos padronizados para preenchimento em todas as consultas

Nesse caso, a pontuação é direta. Valoriza-se com pontuação máxima a utilização constante de campos padronizados (alternativa 3 recebe valor 2); como padrão médio esperado, que esta utilização somente se dê na primeira consulta (alternativa 2 recebe valor 1) e negativamente a não utilização de padronização de registro (alternativa 1 recebe valor 0).

O exemplo seguinte é de uma questão na qual se pode assinalar mais de uma alternativa. Nesse caso, são atribuídos valores a cada alternativa, que serão somados para compor a pontuação final. No exemplo, o valor maior é atribuído àqueles que realizam todas as atividades previstas, sendo menos valorizadas as que representam o mínimo esperado para o atendimento, e mais valorizadas as atividades que agregam mais complexidade à atividade.

Questão 32. Quando existe pré-consulta de rotina (atendimento realizado pela enfermagem, antes da consulta médica), sua finalidade é:

Assinale uma ou mais alternativas

(1) Aferir peso e/ou pressão arterial (valor 0,36)
(2) Verificar queixas agudas e definir prioridades de atendimento (valor 0,64)
(3) Fornecer preservativos (valor 0,36)
(4) Verificar a adesão aos anti-retrovirais (valor 0,64)
(5) Outros (valor 0,00)
(6) Não se aplica, pois a pré-consulta não é realizada (valor 0,00)

Critério de pontuação:

Soma = ou> 1,30 = 2

Soma 0,71- 1,29 = 1

Soma = ou < 0,70 = 0

Outro tipo de questão é aquela cuja pontuação depende do porte do serviço, como no exemplo a seguir:

15. Preencha os campos abaixo indicando a carga horária contratada semanal dos médicos infectologistas e clínicos-gerais responsáveis pelo seguimento ambulatorial de rotina a pacientes com HIV/aids.

(1) Carga horária total/semanal de infectologistas que atendem HIV/aids: ____

(2) Carga horária total/semanal de clínicos-gerais que atendem HIV/aids: ____

A pontuação desta questão depende do número de pacientes em seguimento, relatada em uma questão descritiva, e ocorre do seguinte modo:

Critério de pontuação:

20 horas semanais por médico, com atendimento de até 150 pacientes = 2

20 horas semanais por médico, com atendimento de de 151 até 200 pacientes = 1

20 horas semanais por médico, com atendimento de mais de 200 pacientes = 0

5 QUESTIONÁRIO QUALIAIDS: COMO ANALISAR

Para facilitar a análise, foram construídas planilhas que mostram a distribuição de todas as questões, segundo a dimensão e a categoria avaliativa (Anexo C).

Nessas planilhas as questões foram codificadas segundo seu número no questionário e cada dimensão de qualidade, de modo a facilitar a análise no programa Excel. Assim, todas as questões foram codificadas da seguinte forma:

A = ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

G= GERENCIAMENTO TÉCNICO DO TRABALHO

R= DISPONIBILIDADE DE RECURSOS

Por exemplo:

A23 => Questão 23, que corresponde à dimensão de 'organização da assistência (A)'.

Os gestores e a gerência local podem analisar o desempenho do serviço, avaliado segundo o Questionário Qualiaids, de vários modos:

O primeiro, mais genérico, é mediante a média geral das questões pontuadas alcançada pelo serviço e sua distância em relação ao "padrão-ouro". Com isso, o serviço pode, por exemplo, estabelecer uma meta de incremento geral da qualidade.

A análise pode ser progressivamente detalhada mediante o exame das médias obtidas segundo as grandes dimensões avaliativas (disponibilidade de recursos; organização do processo de assistência e

gerenciamento técnico do trabalho) e seus componentes (categorias avaliativas e indicadores).

Medidas de variabilidade, como o desvio padrão, podem ainda ser aplicadas visando a analisar a variabilidade entre as médias gerais dos serviços e/ou entre as médias das dimensões, categorias e indicadores.

O anexo D mostra uma planilha do programa Excel com um banco de dados simulado para exemplificar modos de análise do desempenho desse conjunto hipotético de serviços. O conjunto contém 25 serviços, pertencentes a 5 municípios e respostas simuladas a 18 questões.

Para esse conjunto simulado, as médias obtidas pelos serviços variaram de 0,72 a 1,61. A questão (indicador), do conjunto de serviços, melhor avaliada foi a R34 (questão 34, referente a recursos) com média de 1,80. Já o indicador em que o conjunto dos serviços teve a nota mais baixa foi a A53 (questão 53, da dimensão de assistência), com média de 0,80 pontos.

Poderíamos também calcular as médias segundo as dimensões ("A", "G" e "R"), separando os indicadores de cada uma delas e calculando suas médias separadamente.

6 LIMITES E ALCANCES DA AVALIAÇÃO

O questionário foi construído com a finalidade de estabelecer padrões de qualidade aplicáveis a todos os tipos de serviços do SUS de assistência ambulatorial a PVHA. Essa condição exigiu que a abordagem avaliativa não considerasse as características institucionais e administrativas locais. Por essa razão, o sistema trabalha somente com características de estrutura e processo capazes de indicar qualidades que se espera que todos os serviços possuam, independentemente do contexto local.

Esse tipo de avaliação é o primeiro passo de uma política de qualidade, imprescindível para programas como o da aids, que necessitam manter um perfil de atuação mínimo comum em uma operação altamente descentralizada em nível nacional.

O sistema, não obstante detecte adequações e/ou falhas, não indica, *per se*, hipóteses explicativas acerca do desempenho observado. Isso porque esse desempenho depende, em boa parte, de determinantes contextuais. Isso ocorre, sobretudo em relação à disponibilidade de recursos. Assim, por exemplo, o serviço que não conta com disponibilidade de dentista terá sua pontuação diminuída. A falta de recursos humanos, porém, deve-se, na maioria das vezes, às condições locais (municipais e/ou estaduais) da política de recursos do SUS. Em outros termos, não contar com um recurso não é 'responsabilidade' do serviço local. Entretanto, o sistema não visa, evidentemente, a atribuir responsabilidades. Detecta falhas que devem ser abordadas por todos os níveis – locais, regionais e centrais - de gerenciamento da assistência do Programa.

Por outro lado, o questionário também aborda várias dimensões do trabalho que são muito dependentes do gerenciamento local. Assim é, por exemplo, a realização de reuniões da equipe. Esse é um exemplo que esclarece bem outro aspecto do questionário: a detecção de condições para que as ações sejam efetivadas. No exemplo, a existência de reuniões não garante a integração da equipe. A ausência, porém, explicita a impossibilidade ou ao menos a dificuldade para que essa integração se efetive.

O questionário tampouco avalia a qualidade técnica, interna, das atividades dos profissionais, o que, evidentemente, exige outros tipos de instrumentos de avaliação e monitoramento. Espera-se que os serviços e demais níveis gerenciais utilizem o Questionário Qualiaids como uma primeira etapa da avaliação da qualidade, capaz de abordar essas dimensões do trabalho assistencial às PVHA.

Ressalte-se também que o *Questionário Qualiaids* trata apenas de dimensões de estrutura e processo da assistência. Embora essas sejam imprescindíveis dimensões da qualidade, a dimensão dos resultados deve também ser abordada para que a avaliação seja completa. Nessa direção, é de fundamental importância a existência dos registros locais sobre os pacientes, que fornecem informações necessárias para a abordagem dos resultados da assistência.

7 NORMAS E CRITÉRIOS DE QUALIDADE: RECOMENDAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS

A seguir apresentamos um conjunto de recomendações de boas práticas que guiaram a construção e classificação do questionário, de acordo com as três dimensões avaliativas anteriormente citadas.

7.1 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

O tratamento em HIV e aids apresenta grande complexidade em seu manejo clínico e na abordagem de suas peculiaridades sociais e psicológicas. Arranjos assistenciais de boa qualidade fundados nas atividades de profissionais generalistas, comprovadamente efetivos para muitas condições de saúde, mostram-se insuficientes na assistência em aids. A complexidade da aids exige abordagem específica e rápida incorporação de novos saberes e práticas. A presença de profissionais de boa formação técnica e ética e a atitude afetiva para com os colegas de trabalho e os usuários deve-se aliar a condições mínimas necessárias para assistir com qualidade todas as PVHA.

A seguir, apresentamos as recomendações para a organização da assistência que orientaram a pontuação do questionário:

ORGANIZAÇÃO da ASSISTÊNCIA	Acolhimento
	Organização e rotinas da assistência médica
	Organização e rotinas da assistência de enfermagem
	Organização e rotinas da assistência dos demais profissionais
	Organização geral do trabalho
	Orientações e aconselhamento
	Atividades específicas de adesão ao tratamento

PRIMEIRO ATENDIMENTO: prontidão e resolutividade

Questões A26, A27, A28, A29, A 30

Recomenda-se que o pronto atendimento ao usuário, que procura o serviço de saúde pela primeira vez, seja realizado por médico ou por outro profissional (psicólogo, assistente social, enfermeiro, entre outros).

No primeiro atendimento deve-se orientar sobre formas de transmissão, métodos e práticas de prevenção e parceria sexual, além da apresentação do serviço, de seu funcionamento e investigação sobre categoria de exposição.

Também é essencial firmar um contrato de sigilo com o usuário, conforme modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, definido pela Instrução Normativa no. 1.626, MS, GM, 10/07/2007. Esse documento estabelece as bases de um acordo entre o usuário e a instituição, que garante o contrato de sigilo e estabelece a forma de comunicação entre ambos.

Na impossibilidade da consulta médica ocorrer no mesmo dia, o profissional que realiza o acolhimento poderá solicitar os exames de rotina (especialmente contagem de linfócitos CD4 e quantificação da Carga Viral) para que estejam disponíveis por ocasião da primeira consulta médica que deve ser agendada o mais rapidamente possível.

A prontidão e a resolutividade do primeiro atendimento estão relacionadas ao estabelecimento de vínculo com o usuário e à ampliação das chances de aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento. Esse contato deve oferecer espaço de conversa e escuta qualificada sobre o significado do diagnóstico e suas implicações para a vida cotidiana ao lado da investigação de queixas clínicas e aspectos sociais.

Os critérios de triagem do serviço devem ser bem definidos e claros, tanto para os profissionais quanto para os usuários.

O acolhimento do usuário que não pode ser matriculado no serviço inclui uma avaliação da gravidade de seu estado clínico e/ou emocional. Nos casos de maior gravidade, o serviço deve prestar atendimento pronto e/ou encaminhá-lo com segurança para pronto atendimento ou pronto socorro. Em qualquer caso, mesmo aqueles em que não se configuram emergências, o encaminhamento seguro e adequado requer que o serviço tenha cadastro atualizado das unidades na sua região com as quais mantenha contato permanente, o que permite conversar e 'negociar' tempo de espera razoável junto ao serviço que irá receber o usuário.

Quando não houver possibilidade de atender o usuário, o serviço deve, de acordo com a situação, encaminhá-lo adequadamente para outra unidade, mediante carta de encaminhamento e após realizar contato telefônico com o serviço de referência para agendamento prévio.

O primeiro atendimento faz parte da política de acolhimento do serviço que abrange tanto os que chegam ao serviço pela primeira vez, quanto os que já estão em acompanhamento e apresentam alguma demanda fora do agendamento previsto.

» Para mais informações consulte a publicação: "Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde". Brasília: MS, 2004. Série B. Textos Básicos de Saúde.

ORGANIZAÇÃO E ROTINAS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

TEMPO DAS CONSULTAS MÉDICAS

Questões A35, A36, A42 e A43

Recomenda-se que cada médico atenda no máximo 8 consultas em um período de 4 horas de trabalho, considerando-se o agendamento de dois casos novos e quatro retornos; ou um caso novo e seis retornos; ou oito retornos, com a duração média de 1 hora para os casos novos e 30 minutos para retornos.

A primeira consulta médica (o caso novo) é um atendimento mais longo em função de ser um contato inicial, que costuma estar cercado de expectativas e ansiedades por parte do paciente, e pela maior demanda médica em realizar uma investigação mais detalhada. O profissional necessita de tempo suficiente para traçar um perfil inicial do paciente, examiná-lo, formular e explicar a impressão diagnóstica, orientar os exames, discutir e acordar um plano terapêutico. Portanto, é importante que se construam abordagens que permitam a expressão livre de questões e experiências por parte do paciente, criando condições para que se estabeleça um vínculo duradouro.

As consultas médicas de retorno são as consultas subseqüentes de acompanhamento do paciente. Sua maior efetividade requer que o profissional tenha tempo suficiente para estabelecer um diálogo que permita avaliar a evolução clínica, analisar os resultados de exames, discutir o uso da medicação, especialmente dos anti-retrovirais, além da abordagem de temas relativos ao auto-cuidado e prevenção, entre outros temas relevantes.

INTERVALO ENTRE CONSULTAS MÉDICAS

Questões A45, A46 e A47

A periodicidade do agendamento dos retornos deve adequar-se à fase do tratamento, às condições clínicas do usuário e às possibilidades de agenda do serviço. Recomenda-se um intervalo médio de 30 a 60 dias para os pacientes em seguimento de rotina e uso de anti-retrovirais, e intervalos inferiores a 30 dias para início de tratamento, mudança de esquema terapêutico ou sinais de não adesão.

Tendo em vista a necessidade de acompanhamento contínuo do usuário é importante estabelecer retornos programados previamente, independentemente das possíveis intercorrências clínicas que possam acometê-los.

Intervalos recomendados para agendamento de retorno à consulta:

- 7 a 15 dias após introdução ou alteração do esquema de anti-retrovirais, com o propósito de observar a ocorrência de efeitos colaterais, adequação da tomada de medicação e outras dificuldades que possam comprometer a adesão do paciente ao tratamento.
- Mensal, até a estabilização e adaptação do paciente à terapia anti-retroviral e caso não aconteçam intercorrências clínicas ou laboratoriais no período.
- Entre 45 e 60 dias, quando o paciente estiver estável, clínica e laboratorialmente – carga viral abaixo do limite de detecção, contagem de CD4 estável ou em elevação e perfil lipídico e glicemia dentro dos padrões de normalidade. Recomenda-se que o retorno ao médico não deva ultrapassar 60 dias sob risco de comprometer a adesão ao tratamento.
- Quadrimestral para usuários que não usam anti-retroviral e tenham contagem de CD4 alta e carga viral indetectável ou baixa.

A equipe responsável pelo agendamento deve compreender a importância do espaçamento adequado entre os retornos, de modo a não faltar medicamentos para os pacientes.

VÍNCULO

Questão A37

É importante que os retornos sejam realizados sempre com o mesmo médico, como condição para o estabelecimento de vínculo.

Nas doenças crônicas, em que o usuário necessita de acompanhamento permanente, o vínculo é uma das condições que contribui para assegurar a adesão ao serviço e ao tratamento. Para que haja vínculo é necessário que se estabeleça uma relação de confiança e respeito, responsabilidade e compromisso entre equipe de saúde e usuários, o que é facilitado pela definição de um médico responsável para cada usuário em seguimento. Nos serviços que recebem alunos, estagiários e residentes, é importante que os pacientes estejam vinculados a um determinado médico supervisor que possa garantir uma linha de continuidade no tratamento e ser uma referência como cuidador para seu paciente.

Um ambiente de confiança e sigilo entre profissionais e usuários requer que médicos, e toda a equipe, adotem uma postura de escuta, compreensão, apoio e respeito ao usuário como sujeito, compartilhando decisões e contribuindo de forma solidária para a construção da sua autonomia. É importante evitar a emissão de juízos de valores que possam levar a atitudes punitivas e resultar em rejeições mútuas.

TRABALHO DOS MÉDICOS INFECTOLOGISTAS E CLÍNICOS

Questão A44

Durante a consulta médica é essencial que se abordem aspectos que facilitem a compreensão biopsicossocial do paciente melhorando a precisão do diagnóstico e a efetividade da conduta.

Entre esses aspectos, ressaltam-se

Na anamnese:

- Vivência do diagnóstico (impacto emocional, expectativas, medos, apoio da rede social e familiar) e o conhecimento sobre a doença.
- Questões da vida sexual e reprodutiva, como o desejo de ter filhos, a relação com o(s) parceiro(s), novas parcerias.
- Situações que podem configurar maior vulnerabilidade individual em relação ao HIV, às DST ou às infecções (oportunistas ou não), tais como hábitos sexuais, uso de álcool e outras drogas.
- Rotinas e problemas com o uso da medicação.

Na conduta:

- Orientação sobre exames e tratamento, formas de transmissão e exposição, considerando as particularidades clínicas e psicossociais de cada usuário.
- Orientação sobre práticas de sexo mais seguro e concepção/contracepção.

No sentido de facilitar a prestação do cuidado e torná-lo mais resolutivo, recomenda-se para os médicos infectologistas e clínicos:

- Buscar suporte com outros profissionais, mesmo fora dos espaços formais de reuniões,

para ampliação da clínica e definição de abordagens multiprofissionais integradas.

• Propor intervenções no seu âmbito e articuladas com a equipe multiprofissional, quando houver indicação.

• Participar do planejamento e execução de treinamentos e ações multiprofissionais, tais como o acolhimento e as atividades específicas de adesão.

• Participar das reuniões de equipe e levar casos para discussão.

• Como para todos os profissionais, salienta-se a importância da participação dos infectologistas e clínicos nas reuniões gerais da equipe, particularmente nas discussões de casos.

Em função de seu núcleo profissional e competências privativas, o médico simboliza centralmente a qualidade do serviço e representa o mais forte vínculo do usuário. A qualidade técnica de sua atuação é o principal determinante do resultado do tratamento. Evidências já há muito tempo estabelecidas demonstram que essa qualidade depende da formação técnica e ética, da constante atualização e do empenho em compreender e dialogar com o paciente de modo abrangente e humano.

» Mais informações sobre tratamento consulte o Consenso Terapêutico 2008, disponível pelo site: <www.aids.gov.br>.

ATENDIMENTO MÉDICO PARA NÃO AGENDADOS ("extras")

Questões A57, A58 e A59

A busca por consulta médica "extra" (sem agendamento prévio) deve ser prontamente atendida, procurando-se identificar os motivos de procura e tomar medidas adequadas e resolutivas, dentro dos limites desse tipo de atendimento.

Há várias formas de realizar o atendimento fora do agendamento: reservar um ou dois horários de atendimento nas agendas dos profissionais; estabelecer uma escala diária entre os diferentes profissionais ou estruturar uma unidade de Pronto Atendimento no próprio serviço. A ausência de planejamento para o atendimento de 'extras' denota falta de responsabilidade e compromisso com a resolução da demanda trazida pelo usuário. Recomenda-se a adoção de estratégias que atendam a todos os que procuram o serviço sem agendamento e que permitam identificar as necessidades de cada um, dando-lhe a melhor resposta possível e fortalecendo seu vínculo com o serviço.

Dentre os motivos de faltas aos atendimentos agendados podem estar aqueles relacionados à própria organização do serviço, como a pouca disponibilidade de horários de atendimentos ou a falta de acolhimento, que motivem o não comparecimento ao serviço.

Espera-se que o principal motivo de procura por atendimento “extra” seja por intercorrências clínicas.

Pode-se esperar uma baixa demanda por atendimentos extras quando a organização geral do serviço consegue responder à maioria das demandas previsíveis. Os usuários que perderam a consulta marcada, ficaram sem medicação ou buscaram o serviço motivados por demanda psicológica ou social, devem ser prontamente atendidos pela equipe que pode responder a essas necessidades com orientações e encaminhamentos dentro ou fora da unidade.

As intercorrências clínicas devem ser avaliadas em pronto atendimento médico resolutivo. O pronto-socorro ou pronto-atendimento geral deve ser utilizado como referência apenas nos casos de intercorrências clínicas graves e/ou na impossibilidade absoluta do serviço atender a esse tipo de demanda.

Qualquer que seja a demanda, o atendimento aos pacientes não agendados deve ser planejado, prevendo-se como conteúdos básicos: avaliação de queixas clínicas; pedidos de exames; avaliação, orientação e fornecimento das medicações; fornecimento de atestados para benefício social; avaliação da ocorrência e motivo das faltas nas consultas marcadas e reencaminhamento para a rotina.

A garantia de atendimento aos extras, além de fazer parte de uma atenção integral, é importante para captação de pacientes faltosos ou em abandono e que por essa razão precisam ser prontamente atendidos. A perda da consulta agendada pode levar à interrupção do tratamento com ARV e, nesse sentido, deve ser encarada como uma prioridade para o atendimento em função do potencial comprometimento da adesão.

Especial atenção deve ser dada aos usuários que faltam com muita freqüência às consultas agendadas: deve-se identificar os motivos e tentar buscar soluções junto com os pacientes, a fim de reintegrá-los ao acompanhamento ambulatorial regular. Há evidências de que a falta freqüente às consultas está associada a maiores chances de não-adesão.

TRABALHO DO MÉDICO GINECOLOGISTA

Questão A39

O acesso das mulheres com teste HIV positivo ao atendimento médico ginecológico deve ser feito por meio de agendamento para avaliação periódica, mesmo na ausência de queixas.

O atendimento ginecológico das mulheres vivendo com o HIV deve ser periódico. Muitas mulheres podem não ter queixas, porém o estudo microbiológico do conteúdo cérvicovaginal pode revelar alterações importantes, como o desequilíbrio da flora ou mesmo a presença de agentes patogênicos associados ou não às infecções sexualmente transmissíveis. O espaçamento entre as consultas de avaliação depende da contagem de células CD4 e de outras intercorrências, podendo ser semestral ou mesmo anual de rotina, ou ainda mais freqüente se necessário.

É importante assegurar uma assistência com qualidade à mulher que vive com HIV e aids, que considere suas específicas necessidades de saúde, com destaque para a priorização da atenção às gestantes soropositivas. Para tanto, devem-se organizar fluxos claros de atendimento que integrem o trabalho dos diferentes profissionais da equipe, com a padronização de procedimentos e condutas diagnósticas e terapêuticas, com o objetivo de diminuir o risco para aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, câncer do trato genital, transmissão vertical do HIV e sífilis e distúrbios do climatério/menopausa.

Como para todos os profissionais, salienta-se a importância da participação do ginecologista nas reuniões gerais da equipe, particularmente na discussão de casos.

» Para uma discussão mais ampliada sobre a feminização da epidemia e as principais estratégias para seu enfrentamento consulte o "Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST", BRASIL, MS, 2007. Disponível no site <www.aids.gov.br>.

ORGANIZAÇÃO E ROTINAS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

ATENDIMENTOS DE ENFERMAGEM

Questões A31, A32, A52 e A60

Recomenda-se a realização rotineira de atendimentos pré e pós-consultas médicas.

Além de conteúdos mínimos, como aferição de sinais vitais e dispensação de preservativos, questões relativas à adesão aos anti-retrovirais, vulnerabilidades e a avaliação de risco por meio de investigação de queixas agudas para definir prioridades do atendimento médico devem compor a rotina das pré-consultas.

As pós-consultas são espaços privilegiados de escuta capazes de contribuir para aprimorar o uso da medicação, melhorar a comunicação usuário-equipe e orientar sobre sexo mais seguro, direitos civis, benefícios sociais.

A assistência de enfermagem é composta por uma grande diversidade de atividades técnicas que estão presentes na maioria dos momentos do trabalho assistencial. Essa diversidade e capilaridade do trabalho da enfermagem dão-lhe um papel estratégico nas redes de comunicação entre profissionais o serviço e os usuários. Para que esse papel seja exercido na sua potencialidade técnica e comunicacional e não apenas "auxiliar"- é fundamental o estabelecimento claro de funções e fluxogramas entre enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Os espaços de atendimento de enfermagem, pelo fato de não serem apenas centrados em questões clínicas, criam oportunidades de diálogos ampliados que facilitam a interação e permitem a emergência de questões até então desconhecidas pela equipe. São atividades que requerem permanente supervisão do enfermeiro e apoio do médico e dos demais profissionais, na discussão e orientação dos casos, particularmente dos identificados como mais complexos.

ATIVIDADES DO ENFERMEIRO

Questões A61 e A62

Além da supervisão da equipe de enfermagem, estão entre as atividades do enfermeiro: consulta de enfermagem, visita domiciliar, acolhimento, realização de grupos de adesão e de outros temas específicos, notificação epidemiológica e pré e pós-consulta médica para casos prioritários.

É essencial estabelecer uma agenda para a consulta de enfermagem, por exemplo, intercalando com os retornos médicos. São casos prioritários: pessoas que estejam iniciando tratamento anti-retroviral com esquema inicial ou mudança de regime, com dificuldades de aderir ao tratamento, pacientes em tratamento para tuberculose ou com DST, faltosos, usuários de drogas, pessoas com diminuição da compreensão, entre outros.

Adesão, formas de transmissão do HIV e cuidados domésticos (biossegurança), sexo mais seguro, orientação sobre concepção e contracepção, abordagem sindrômica das DST e exposição ocupacional são alguns dos temas básicos para os atendimentos e consultas do enfermeiro.

Entre as funções técnicas do enfermeiro estão ainda:

- Desenvolver ações educativas para usuários, parceiros(as) e familiares ;
- Desenvolver atividades específicas de adesão;
- Desenvolver atividades de redução de danos e
- Desenvolver atividades de controle e convocação de faltosos.

Como para todos os profissionais, salienta-se a importância da participação do enfermeiro nas reuniões gerais da equipe.

ROTINA DE ATENDIMENTO DO ASSISTENTE SOCIAL

Questão A64

A contribuição do assistente social nas atividades de acolhimento, trabalhos de grupo, reinserção social e geração de renda são essenciais para a qualidade do cuidado.

O trabalho do assistente social é fundamental para avaliar os impactos da questão social no processo saúde-doença dos usuários e para buscar a superação das várias formas de discriminação.

Faz parte do compromisso profissional do assistente social ter escuta e atenção centrada no paciente, promover o respeito à diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados, a discussão das diferenças e a ampliação dos espaços de participação democrática dos usuários e de seus familiares no interior das instituições.

Seu trabalho é organizado a partir das demandas e necessidades apresentadas pelos usuários e faz parte de suas atribuições:

- Acolher, informar, aconselhar e desenvolver ações educativas para pessoas que vivem com HIV e aids, parceiros (as), familiares e comunidade.
- Identificar e dar suporte para o enfrentamento de situações sociais e familiares geradoras de sofrimento.
- Desenvolver atividades de acolhimento, orientação e aconselhamento relacionadas: ao impacto do diagnóstico na vida social, afetiva e no trabalho às dificuldades no uso da medicação e na adesão ao tratamento relativas à organização do cotidiano e às condições sociais objetivas de cada sujeito às situações de vulnerabilidade social e individual (uso de drogas, desemprego e condições de desestruturação familiar, entre outras.
- Incluir o usuário nas políticas de saúde e assistência social sob a perspectiva do direito e da promoção de cidadania e do reconhecimento dos direitos individuais.
- Disponibilizar ao usuário os recursos institucionais e comunitários existentes.
- Discutir casos em equipe, contribuindo para a construção de propostas criativas frente as necessidades coletivas dos usuários.
- Manter-se atualizado em relação a leis estaduais e federais, e também sobre benefícios que podem ser disponibilizados aos que vivem com HIV e aids.
- Estimular a construção e organização da rede de referência e contra-referência incluindo as organizações não-governamentais e
- Desenvolver ações dirigidas à educação continuada dos profissionais de saúde da rede pública com o objetivo de capacitar pessoas na prevenção, diagnóstico e aconselhamento em DST e aids.

ROTINA DE ATENDIMENTO DO FARMACÊUTICO

Questão A65

A importância e a complexidade do tratamento medicamentoso, assim como o dinamismo com que são incorporados novos fármacos, dão ao farmacêutico um papel de destaque no apoio à qualidade da prescrição, o que inclui orientação individual aos pacientes sobre o uso da medicação, supervisão e orientação da equipe médica sobre a adequação dos esquemas anti-retrovirais, participação em grupos de adesão e o controle de faltosos.

As atividades do farmacêutico têm-se diversificado para além de suas atribuições no campo da logística de medicamentos. São algumas das atividades incorporadas:

- Atendimento farmacêutico individual ou em grupo para orientação dos pacientes acerca do uso correto do medicamento, posologia e informações sobre sua condição clínica relacionada aos efeitos do medicamento e seu estilo de vida.
- Monitoramento das prescrições médicas quanto à adequação das combinações e esquemas terapêuticos, ajustes de doses e horários, inteirações medicamentosas, promovendo reuniões de avaliação e acompanhamento farmacoterapêutico com médicos, enfermeiros e corpo clínico de profissionais da Comissão Terapêutica.
- Atualização do conhecimento e treinamento da equipe quanto aos esquemas terapêuticos e suas posologias, bem como formas de armazenamento e conservação dos medicamentos.
- Avaliação da adesão dos pacientes, junto com outros membros da equipe multidiscipllinar.
- Atuação com outros profissionais em grupos de adesão.
- Colaboração na organização de processos educativos dirigidas aos profissionais do SUS, pacientes e familiares.

ROTINA DO ATENDIMENTO DO PSICÓLOGO

Questão A63

O cuidado às PVHA envolve atividades-chave que muitas vezes estão sob responsabilidade do psicólogo, ou sob sua supervisão, tais como: acolhimento, participação em grupos, atendimento conjunto com médico e/ou serviço social e apoio à equipe multiprofissional.

Dentre as diversas atividades, destacam-se:

- Acolhimento, informação, aconselhamento e desenvolvimento de ações educativas para pessoas que vivem com HIV e aids, parceiros (as) e familiares, por meio de psicoterapia individual ou de grupo; grupo de apoio; ludoterapia, etc.
- Diagnóstico de transtornos psíquicos ou situações geradoras de sofrimento.
- Acompanhamento e apoio psicológico e emocional nas várias etapas do tratamento: descoberta do diagnóstico; introdução da terapia ARV em pacientes assintomáticos; efeitos colaterais; mudanças de esquema terapêutico; desenvolvimento de resistência viral e surgimento de sintomas; dificuldades na adesão ao tratamento.
- Acompanhamento e apoio psicológico e emocional relacionado à vivência da doença, tais como: situações imaginadas ou vivenciadas, de preconceito e discriminação; uso de álcool e outras drogas; gestação; dificuldades na comunicação do diagnóstico para parceiro(a) ou familiares; dificuldades na retomada da vida afetiva e sexual com parceiro(a) sorodiferente ou no estabelecimento de nova parceria; dificuldades na aceitação do uso de preservativos; dificuldades da mãe ou cuidador em revelar o diagnóstico para o (a) filho(a) portador do HIV por transmissão vertical; sexualidade na adolescência, entre outros.
- Promover e coordenar ações multiprofissionais, tais como grupo de adesão e outros.
- Colaborar com a equipe multidisciplinar na identificação e no manejo dos aspectos subjetivos que comprometem o tratamento do paciente, por meio da discussão de casos e atendimento conjunto.
- Contribuir com a equipe multidisciplinar na identificação de aspectos subjetivos geradores de estresse decorrentes do atendimento às pessoas vivendo com HIV e aids, propondo alternativas de enfrentamento e
- Desenvolver ações dirigidas à educação continuada e permanente dos profissionais de saúde com o objetivo de capacitá-los em prevenção e aconselhamento em DST/aids.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO: acesso e organização

Questão A38

O paciente deve ser agendado para avaliação odontológica, objetivando a adoção de medidas de prevenção e diagnóstico e intervenções precoces, independente de haver queixas específicas.

Com o advento da terapia anti-retroviral de alta potência, a freqüência de patologias orais diminuiu. Por isto, recomenda-se o agendamento de rotina a cada 6 meses.

É essencial manter pronto atendimento para resolução de urgências (dores, fraturas dentais e traumas orais, lesões da cavidade bucal, entre outros).

Os serviços que ainda não contam com odontólogos devem organizar-se para oferecer atenção odontológica (rotina e pronto atendimento) nos serviços de referência.

Na assistência odontológica, as medidas de precaução-padrão devem ser adotadas para todos os usuários, independentemente de sua condição sorológica. Recomenda-se o uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual Específica que objetivam diminuir o risco de infecção de profissionais e pacientes.

» Para mais informações consultar: "Controle de Infecções e a Prática Odontológica em Tempos de Aids – Manual de Condutas (MS,2000) disponível no endereço: <www.aids.gov.br>.

ORGANIZAÇÃO GERAL DO TRABALHO

CONVOCAÇÃO DE FALTOSOS

Questões A25, A54

Desde que previamente consentido pelo usuário, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recomenda-se que todos os usuários que faltaram a consultas sejam contatados. Valoriza-se como requisito mínimo de qualidade priorizar para convocação: gestantes, pacientes em uso de anti-retrovirais, casos graves e em abandono.

O acordo definido no termo de consentimento (também denominado "contrato de sigilo") deve ser sempre respeitado.

A convocação de faltosos deve seguir a Instrução Normativa no. 1.626, MS, de 10/07/2007, que regulamenta os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV, bem como aos que não comparecerem ao tratamento já em curso. Esse documento estabelece as bases de um acordo entre o usuário e a instituição que garante o sigilo e estabelece a forma de comunicação entre ambos, caso seja necessário. Os motivos e situações em que a instituição pode necessitar entrar em contato devem ser bem explicados (resultados de exames diagnósticos, ausências prolongadas, exames alterados), bem como o cuidado que os profissionais terão ao contatá-lo. O termo de consentimento favorece a formação do vínculo na medida em que considera a realidade de cada usuário e respeita sua individualidade.

PADRONIZAÇÕES DE CONDUTAS

Questões A40, A41

Valoriza-se a elaboração e implantação de padronizações de registros e condutas para todos os momentos, desde o primeiro atendimento no serviço, a primeira consulta médica, os retornos e o atendimento pelos diferentes profissionais da equipe.

A elaboração e implantação de padronizações de condutas têm importância em três dimensões: para que o atendimento seja realizado de acordo com consensos baseados em evidências científicas e clínicas que orientam a boa prática profissional, para que ocorra de uma forma relativamente homogênea entre os diferentes profissionais e de modo a permitir avaliações e revisões periódicas das normas e padrões adotados.

As eventuais resistências em seguir orientações padronizadas podem ser minimizadas se os profissionais forem chamados a construir suas rotinas de trabalho e protocolos de atendimento, incluindo a atualização das condutas técnicas, de forma a obter padronizações consensuadas. Para tanto, deve-se disponibilizar textos científicos, normas e/ ou manuais já editados e outros documentos que possam auxiliar os profissionais na criação de protocolos e/ou adaptação dos já existentes à sua realidade.

Essa prática traz benefícios para os profissionais, uma vez que respalda técnica e cientificamente suas ações e procedimentos, e para o gerente porque lhe permite identificar fragilidades e fortalezas no serviço e se necessário corrigir os rumos de sua gestão.

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES ENTRE OS PROFISSIONAIS

Questão A66

Todos os profissionais (médicos e não-médicos) podem encaminhar pacientes para todos da equipe. Essa recomendação valoriza a responsabilidade de toda a equipe em avaliar as necessidades dos usuários e conhecer as diferentes alternativas de encaminhamento disponíveis no próprio serviço e em outras instituições. Contrapõe-se à tendência de centralização dos encaminhamentos como prerrogativa exclusivamente médica.

Todos os profissionais da equipe de saúde estão aptos a encaminhar pacientes entre si. Entretanto, sabemos que o grau de liberdade para fazê-lo dependerá, em muito, da forma como a equipe se organiza e interage. O conhecimento das competências de cada um dos profissionais facilita o encaminhamento, na medida em que torna possível combinar as necessidades identificadas dos usuários com as habilidades dos profissionais. Não deve haver preponderância de um profissional sobre o outro em relação à autonomia para realizar os encaminhamentos necessários. O critério mais

importante é o adequado reconhecimento da demanda do usuário pelo profissional que o atende. Na medida em que se intensifiquem os acordos e a interação no interior da equipe, esses critérios de encaminhamento tendem a ficar mais claros, minimizando os conflitos que possam existir.

ORIENTAÇÕES E ACONSELHAMENTO

ACONSELHAMENTO PRÉ E PÓS-TESTE

Questões A23,A24

Valoriza-se que o aconselhamento pré e pós-teste de HIV sejam feitos individualmente, por profissional de nível universitário devidamente capacitado para esse fim.

O PN DST/AIDS admite que o aconselhamento possa ser conduzido também por profissionais de nível médio devidamente capacitados.

O aconselhamento baseia-se na valorização da escuta, no acolhimento das dúvidas, sobretudo em relação às implicações do teste na vida do usuário e de seus parceiros sexuais, e sempre deve orientar sobre as alternativas terapêuticas existentes. Apesar dos grandes avanços científicos no campo da aids, aceitar o teste, bem como seu possível resultado positivo, é sempre uma situação difícil, em função das responsabilidades e conseqüências psicológicas, sociais e éticas que o resultado traz para o indivíduo.

A concepção de aconselhamento que tem norteado as ações do Programa Nacional de DST e Aids é de "um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação".

» Para mais informações consulte a publicação: "Aconselhamento em DST/HIV/Aids" disponível em <www.aids.gov.br>.

ATIVIDADES EM SALA DE ESPERA

Questão A33

As atividades em sala de espera são estratégias importantes para a divulgação de informações em saúde por meio da discussão de temas propostos pelos próprios pacientes.

Embora o serviço deva ser organizado para diminuir ao máximo o tempo de permanência na sala de espera, na maioria das vezes alguma espera é inevitável. Esse tempo de espera deve ser aproveitado para ampliar a comunicação do serviço com os usuários. A problematização de temas trazidos pelos usuários estimula a expressão de dúvidas e inquietações, cria oportunidades de aproximação e estabelece uma relação produtiva entre pacientes e profissionais do serviço. Deve-se fazer uso de dinâmicas adequadas a discussões de curta duração.

Vídeos, outros recursos audio-visuais (catálogos, folders, etc) ou palestras devem ser utilizados como instrumentos para uma comunicação dialogada com os usuários. As discussões de sala de espera integram o conjunto das estratégias de estímulo à ampliação da autonomia e auto cuidado das pessoas que vivem com aids. Nesse sentido, devem-se abordar temas que contribuam nessa direção, tais como:

- Discussão/ informações sobre diagnóstico e tratamento das DST e aids;
- Importância/ significado da prevenção positiva;
- Discussão/ difusão dos direitos das pessoas que vivem com HIV e aids;
- Informações sobre o funcionamento do serviço, entre outros temas de interesse dos usuários.

DIREITOS REPRODUTIVOS

Questão A53

A reprodução e a contracepção são escolhas singulares e pessoais. Os profissionais de saúde devem estar aptos a discutir e informar seus pacientes sobre as alternativas existentes de reprodução e contracepção, orientando quanto ao melhor momento para concepção quando esta for desejada.

O estímulo ao diálogo sobre a vida sexual e reprodutiva dirigido a todos os pacientes deve ser rotina na prestação do cuidado. O aconselhamento sobre concepção inclui discussão de temas, tais como:

- A expectativa e as motivações para uma gravidez;
- Os recursos de reprodução humana assistida e a possibilidade de fazer uso dessa opção, particularmente no caso de casais sorodiferentes;
- As condições que favorecem e as que dificultam a transmissão vertical do HIV, durante a gestação, o parto e na amamentação, no caso de mulheres soropositivas;
- As possíveis conseqüências para a saúde da mulher soropositiva e de seu recém-nascido, conforme as condições clínicas e o tratamento em uso;
- A transmissão dos anticorpos maternos e o processo de soroconversão do recém-nascido; e
- As condições psicológicas e sócio-econômicas, e a rede de apoio do casal.

ORIENTAÇÃO SOBRE O USO DOS ANTI-RETROVIRAIS
Questão A68

A orientação do uso de ARV deve responder às dificuldades expressas pelos usuários, procurando ajudá-lo a construir estratégias que lhe permitam conviver melhor com o tratamento. São espaços privilegiados para isso: a consulta médica, a consulta de enfermagem, a atenção farmacêutica e os grupos de adesão, além de outros espaços a esses integrados.

Os profissionais das diferentes categorias devem ter domínio de informações gerais sobre a terapia com os anti-retrovirais (esquemas de tomada, principais efeitos colaterais, relação com alimentação, etc), de modo a utilizá-las em suas atividades assistenciais específicas e garantir o acesso a orientações e informações em qualquer momento que o usuário procure a instituição.

ATIVIDADES ESPECÍFICAS DE ADESÃO AO TRATAMENTO

ADESÃO: rotinas e orientações para o uso de anti-retrovirais
Questões A48, A50

Recomenda-se a utilização de técnicas variadas para a avaliação da adesão ("recordatórios", investigação detalhada, cadernos, contagem de pílulas, etc) que devem ser adaptadas às necessidades de cada usuário. A avaliação da adesão cabe a todos os profissionais envolvidos no cuidado, universitários e de nível médio.

A adesão varia no tempo: muitos usuários passam fases de maior ou menor adesão. Por isso, o acompanhamento deve ser constante para permitir que a identificação da não-adesão seja feita precocemente, preferencialmente antes da falha terapêutica. O acompanhamento deve ser planejado e registrado. Não se trata apenas de incluir no atendimento a clássica pergunta "está tomando tudo certo?", mas de investigar detalhadamente as rotinas que o usuário vem adotando para a tomada de medicação, as dificuldades encontradas, as falhas, etc. Somente com um diagnóstico detalhado e individual será possível acordar com o usuário um plano terapêutico individualizado que o auxilie no seguimento correto de seu tratamento.

A investigação sobre a adesão deve sempre ser feita em um ambiente de diálogo, evitando atitudes e recomendações puramente prescritivas ou autoritárias. É importante que os profissionais acordem modos padronizados de abordar a questão com os usuários. Para isso, é útil a elaboração de um "check-list" sobre todos os temas que devem ser lembrados, como, por exemplo, o comportamento diferente nos fins de semana, a ingestão de álcool, incompatibilidades com horários do trabalho,

necessidade de esconder a medicação, etc.

Ressalte-se que usuários em situação de maior vulnerabilidade devem merecer atençâo mais freqüente: em início ou troca de esquema, com regimes muito complexos ou de baixa escolaridade.

Os estudos sobre adesão fornecem muitas evidências que devem orientar a organização do serviço, entre as quais se destacam:

- Oferecer alternativas diversificadas de atendimento, flexibilidade de horário e cuidado multidisciplinar.
- Estabelecer fluxo diferenciado para pessoas com maiores dificuldades e que priorizem os grupos de maior risco de não-adesão, fornecendo, por exemplo, atendimento médico pronto aos que faltaram à consulta, ou atividades especiais (como grupos, visitas domiciliares e outras) àqueles com baixa escolaridade e
- Ofertar esquemas de tomada dos remédios personalizados, adaptados à rotina e hábitos de vida de cada pessoa.

» Para mais informações consulte: "Diretrizes para o Fortalecimento da Adesão às pessoas vivendo com aids" no site: <www.aids.gov.br>.

MEDICAÇÃO FORA DA ROTINA

Questões A49, A51

Quando o intervalo entre as consultas médicas de rotina é superior a 30 dias, recomenda-se que o paciente passe por consulta de enfermagem ou atendimento farmacêutico para a retirada de medicação.

É freqüente que o intervalo entre as consultas seja superior a 30 dias para os pacientes em seguimento com quadro clínico estável. Entretanto, é importante que a retirada mensal de medicação seja realizada por meio de um atendimento que procure identificar queixas, dificuldades e fazer orientações.

É necessário que se ofereça uma atenção diferenciada para os pacientes com dificuldades no tratamento com ARV por meio de um conjunto articulado de medidas: diminuição do intervalo entre as consultas médicas, atendimento individual com outros profissionais, encaminhamento para grupo de adesão, ou mesmo, mudança do esquema terapêutico, se possível.

A abordagem deve ser individualizada, caso a caso, procurando-se identificar os problemas e

construir com o paciente estratégias de enfrentamento conforme suas necessidades e os recursos do serviço. É fundamental uma postura ativa do médico e de toda a equipe em identificar os pacientes com dificuldades para que medidas de apoio sejam tomadas precocemente.

7.2 GERENCIAMENTO TÉCNICO DO TRABALHO

O trabalho assistencial em HIV e aids requer a operação adequada de várias atividades gerenciais de planejamento, avaliação, monitoramento, controle e supervisão. Destaca-se a importância de que o gerenciamento seja efetivamente *TÉCNICO*, isto é, orientado pelas diretrizes clínicas, epidemiológicas e éticas do Programa de DST e Aids e do SUS. Por essa razão, o sistema *QUALIAIDS* valoriza a formação técnica e a experiência do gerente como recurso básico no serviço. Operacionalizar assistência de boa qualidade inclui gerenciamentos específicos, capazes de supervisionar as atividades profissionais, inclusive as médicas, além do funcionamento das outras atividades do serviço.

GERÊNCIA	**Coordenação do trabalho**
	Registros, Avaliação, Monitoramento e Planejamento
	Atualização dos profissionais
	Comunicação e interação Serviço – Usuários - Comunidade

COORDENAÇÃO DO TRABALHO

COORDENAÇÃO TÉCNICA E ADMINISTRATIVA
Questões G88, G90 e G91

As ações de controle administrativo – como o controle de horário, faltas, licenças, alocação de pessoal, entre outros – devem ser coerentes e articuladas ao projeto técnico do serviço.

A coordenação deve manter articuladas as dimensões técnicas e gerenciais na condução do trabalho assistencial. Os mecanismos de cobrança do compromisso e responsabilidade dos profissionais têm respaldo ético e político quando refletem exigências para o cuidado integral das PVHA.

A efetivação de mecanismos gerenciais de controle não prescinde de formas participativas de pactuação com os profissionais, sejam eles de nível médio ou universitário, de modo a garantir transparência e democracia ao processo.

É necessário que haja uma unificação entre os comandos técnico e administrativo ou, ao menos, que haja uma forte articulação entre essas duas funções gerenciais. Dependendo do tamanho e complexidade das equipes, a coordenação técnica é descentralizada da figura do gerente do serviço, entretanto, deve-se manter a mesma orientação em relação à articulação entre o técnico e o administrativo.

REUNIÕES DE EQUIPE

Questões G87, G93, G94 e G95

O trabalho em equipe multiprofissional requer reuniões:

- Periódicas – semanais ou, no máximo, quinzenais;
- Regulares (com dia e hora marcados);
- Com pautas programadas e centradas no conteúdo e organização do trabalho (reuniões de caráter técnico-administrativas);
- Com a participação da gerência e de todos os profissionais envolvidos na assistência, inclusive os médicos; e
- Com tempo e espaço exclusivamente reservados para esse fim – o que requer a suspensão programada do atendimento nesse período.

Os médicos devem participar das reuniões de equipe, devendo-se organizar a assistência para que isso seja possível.

As discussões de casos e condutas clínicas também devem ter periodicidade semanal ou quinzenal e devem ser preferencialmente de caráter multiprofissional.

As reuniões da equipe têm como finalidades:

- Promover a integração entre os diferentes profissionais através de um espaço de troca e reconhecimento do trabalho do outro;
- Promover um espaço de aprendizado coletivo de caráter interdisciplinar;
- Homogeneizar a linguagem entre os diferentes profissionais;
- Organizar o trabalho e definir estratégias de atuação; e
- Identificar os problemas e dificuldades dos profissionais.