UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS

MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

QUALIAIDS:

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO AMBULATÓRIO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM HIV/AIDS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

ANTÔNIO MARTINS JOSÉ

RIO DE JANEIRO

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS

MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

QUALIAIDS:

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO AMBULATÓRIO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM HIV/AIDS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

ANTÔNIO MARTINS JOSÉ

Sob a orientação do professor

Dr. Fernando Raphael de Almeida Ferry

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais na Área de Doenças infecciosas e parasitárias.

RIO DE JANEIRO

2016

José, Antônio Martins.
J83 Qualiaids : diagnóstico situacional do ambulatório de atendimento ao paciente com HIV/AIDS do hospital universitário Gaffrée e Guinle / Antônio Martins José, 2016.
72 f. ; 30 cm

Orientador: Fernando Raphael de Almeida Ferry.
Dissertação (Mestrado Profissional em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

1. HIV (Vírus). 2. Assistência ambulatorial. 3. Avaliação. 4. Cuidados de Enfermagem I. Ferry, Fernando Raphael de Almeida. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado Profissional em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais. III. Título.

CDD – 616.979201

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS

MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

ANTÔNIO MARTINS JOSÉ

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre **em Infecção HIV / AIDS e Hepatites virais na Área de DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS**

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 29 / 11 / 2016.

Prof. Dr. Fernando Raphael de Almeida Ferry
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Daniel Aragão Machado
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr.ª Rosane Mello.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof.ª MSc. Regina Rocco
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dedico esse trabalho a minha esposa Marise Oliveira, aos meus filhos Ivan Oliveira, Laura do Amor, Ana Carolina do Amor, Lucas Carvalho e Gabriel Carvalho, que estiveram sempre ao meu lado nesta árdua trajetória.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Fernando Raphael de Almeida Ferry, meu orientador, e ao Professor Max Kopti Fakouri, que sempre me incentivaram e acreditaram no meu trabalho.

Ao Professor Jorge Francisco da Cunha Pinto agradeço pela sua valiosa orientação final da minha dissertação.

Aos Professores Daniel Aragão e Fabiana B. Assumpção pela orientação durante a qualificação, que muito contribuiu para a correção e finalização da minha dissertação.

Ao Enfermeiro Josué Garcia, pela amizade de longos anos e pelo exemplo de profissionalismo.

A minha esposa Marise Oliveira, que sempre me apoiou durante a trajetória de nossas vidas.

Aos Profissionais que atuam no ambulatório de Imunologia do HUGG, pela colaboração e receptividade em responder o questionário QUALIAIDS, que resultou no presente trabalho.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

CTI - Centro de Tratamento Intensivo

DDAHV - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Saúde.

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

HBV - Vírus da Hepatite B

HCV - Vírus da Hepatite C

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HUGG - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

ME - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

PVHIV - Pessoas que vivem com HIV

SAE - Serviços de Assistência Especializada

SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

FIGURA

Figura 1: Localização do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle 20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Organização da assistência.....23

Tabela 2 Gerenciamento técnico do trabalho.....37

Tabela 3 Equipe multiprofissional de rotina.....52

Tabela 4 Medicamentos disponíveis nos últimos seis meses.....54

Tabela 5 Medicamentos antirretrovirais disponíveis nos últimos 6 meses.....55

Tabela 6 Modalidades assistenciais disponíveis ao paciente.....57

Tabela 7 Especialidades disponíveis.....58

Tabela 8 Tempo de resultado de exames laboratoriais.....60

Tabela 9 Tempo de resultado de exames de imagens.....61

RESUMO

Introdução: O vírus da imunodeficiência humana (HIV), causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), foi descrito em 1981 e, em pouco tempo, tornou-se um evento global. Desde seu surgimento, a AIDS demonstrou ser uma enfermidade dinâmica e dona de características que se diversificaram ao longo do tempo. Inicialmente, a síndrome também apareceu como uma enfermidade ligada à morte, à contaminação pelo sexo e, por isso, ganhou grande repercussão negativa junto aos meios de comunicação social. A assistência ao portador de HIV/AIDS no Brasil pode ser definida como um programa específico para uma população alvo, em um determinado contexto temporal, político e sócio econômico. A assistência ambulatorial é focada no trabalho em equipe, em especial na abordagem à complexidade da AIDS. Essa assistência assumiu destaque com a proposta da implantação dos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS, pelo MS. Neste contexto, foram estabelecidos padrões mínimos de funcionamento quanto à estrutura do cuidado, incluindo, entre outros requisitos, a existência de uma equipe mínima. Os princípios éticos do Programa QUALIAIDS foram traduzidos para a área da assistência por diretrizes técnicas específicas e inovadoras. Ao finalizar essa dissertação, concluo que a partir da análise das respostas do questionário QUALIAIDS é possível obter melhorias significativas no atendimento aos pacientes portadores de HIV/AIDS. Depreendo ser viável a adoção de medidas administrativas com o devido apoio da Direção da Unidade, aplicando-se, para tanto, as metodologias das Normas e critérios de qualidade e recomendações de boas práticas que consta no manual QUALIAIDS. Uma das providências mais imediatas seria dotar o serviço de uma equipe de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem exclusivos do ambulatório de imunologia. Essa equipe de profissionais de enfermagem deve ser liderada por um Enfermeiro com perfil administrativo, que seja um educador por formação profissional e tenha experiência assistencialista. Essas qualidades, acrescidas da experiência de bom gestor, certamente assegurariam um avanço qualitativo na assistência aos pacientes seguidamente construindo uma linha de cuidados integral.

Palavras-chave: Qualiaids : diagnóstico situacional do ambulatório de atendimento ao paciente com HIV/AIDS do hospital universitário Gaffrée e Guinle.

ABSTRACT

The **human immunodeficiency virus** (HIV), that causes acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), was described in 1981, and soon turned a global event. Since its appearance, AIDS demonstrated to be a dynamic illness with features that have diversified over time. Initially, the syndrome appeared as a disease linked to death, contamination by sexual intercourse and, that is why it gained a serious negative repercussion in social communication. The assistance to the HIV carrier in Brazil can be defined as a specific program for a target population, in a determined temporal , politic, social and economic context. The Ambulatory assistance is focused in teamwork, especially in addressing the complexity of AIDS. This assistance assumed prominence with a proposal to implement the Assistance specialized in HIV / AIDS`s service, by Ministry of Health. In this contest, minimum standards of functioning were established regarding the structure of care, including, among other requirements, the existence of a minimum staff. The ethical principles of the “QUALIAIDS” program have been brought to the field of care by specific and innovative technical guidelines. At the end of this dissertation, I conclude that, based on the analysis of the “QUALIAIDS” questionnaire responses, it is possible to obtain significant improvements in the care of patients with HIV / AIDS. I conclude it is really possible to adopt administrative measures with the appropriate support from the Directorate of the Hospital Unit, applying, therefore, the methodologies of the Standards and quality criteria and recommendations of good practices contained in the “QUALIAIDS” manual. One of the most immediate measures would be to provide the immunology clinic with exclusive Nursing and Nursing Technicians service. This team of nursing professionals should be led by a nurse with administrative profile, which should also be a professional educator with extensive welfarist experience. These qualities, if combined with the experience of a good manager, would certainly ensure a qualitative advance in patient care, buiding a full care line.

Key words; Qualiaids: situational diagnosis of the ambulatory care for HIV/AIDS patients at the Gaffrée e Guinle university hospital.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Avaliação da assistência ambulatorial	13
1.2 A importância do questionário QUALIAIDS do Ministério da Saúde	15
2. OBEJETIVO GERAL	17
3. SUJEITOS ESPECIFICO	17
4. METODOLOGIA	17
5. SUJEITOS DA PESQUISA	17
5.1 Síntese descritiva do serviço de atendimento ambulatorial de PV/AIDS no HUGG	18
5.2 Coleta de dados	19
5.3 Analise dos dados	19
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
6.1 Normas e critérios de qualidade: recomendações de boas práticas	21
6.2 Organização da assistência	22
7.0 ACOLHIMENTO	23
7.1 Atendimento de primeira vez	23
7.1.2 Organização da assistência médica	24
7.1.3Tempo de consulta médica	24
7.1.4 Agendamento de consultas	24
7.1.5 Intervalo entre diagnostico e consultas medica	25
7.1.6 Trabalho do médico	25
7.1.7 Atendimento médio para não agendados (“extras”)	26
7.1.8 Trabalho do médico ginecologista	27
8.0 ORGANIZAÇÃO E ROTINAS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	27
8.1 Assistência de enfermagem	27
8.2 Rotina do técnico de enfermagem	27
8.2.1 Papel do enfermeiro e sua ausência	28
9. ORGANIZAÇÃO E ROTINAS DA ASSISTÊNCIA DE OUTROS . PROFISSIONAIS	28
9.1 Rotina de atendimento da Assistente Social	29
9.1.1 Rotina de atendimento do farmacêutico	29
9.1.2 Rotina de atendimento do psicólogo	29
9.1.3 Atendimento odontológico acesso a organizações	30

10. ORGANIZAÇÃO GERAL DO TRABALHO 30
10.1 Convocação de faltosos 30
10.1.1 Busca ativa 30
10.1.2 Padronização de condutas 31
1 0.1.3 Fluxo de encaminhamento de pacientes entre profissionais 31
11. ORIENTAÇÕES E ACONSELHAMENTO 32
11.1 Aconselhamento pré e pós teste 32
11.2 Atividades em sala de espera 32
11.3 Direitos reprodutivos 32
11.4 Orientação sobre o uso dos antirretrovirais 33
11.5 Atividades especificas de adesão ao tratamento 33
11.6 Adesão, rotinas e orientações para o uso de antirretrovirais 33
12. GERENCIAMENTO TÉCNICO DO TRABALHO 35
12.1 Coordenação do trabalho 36
12.1.1 Coordenação técnica e administrativa 36
12.1.2 Gerência 36
12.1.3Supervisão 37
12.1.4 Reuniões de equipe 38
12.1.5 Dificuldades gerenciais 39
12.1.6 Registros, avaliação, monitoramento e planejamento 40
12.1.7 Prontuários 40
12.1.8 Notificação compulsória 43
12.1.9 Critério de abandono 43
12.1.10 Registro e controle de óbitos 44
12.1.11 Controle e distribuição dos antirretrovirais 44
12.1.12 Planejamento de atividades 45
13. ATUALIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS 45
13.1 Capacitação e experiência dos profissionais 45
14. OUVIDORIA 46
15. DISPONIBILIDADE DE RECURSOS 47
15.1 RECURSOS HUMANOS 47
15.1.1 Capacitação e experiência dos infectologistas e clínicos 47
15.1.2 Qualidade e tempo de experiência 47
15.1.3 Equipe de médicos 48
15.1.4 Número de médicos infectologistas e clínicos 48
15.1.5 Número de profissionais não médicos 48
15.1.6 Pessoal não médico 48
15.1.7 No HUGG, com relação ao atendimento multiprofissional de rotina aos pacientes com AIDS, observamos o quadro abaixo 49
15.1.8 Equipe multiprofissional 49
15.1.9 Perfil e formação dos gerentes 50
16. MEDICAMENTOS, EXAMES E REFERÊNCIAS 50
16.1 Modalidades assistenciais e especialistas 53

16.2 Encaminhamentos 56
16.1.2 Exames laboratoriais, concentração de exames de cd4 e carga viral 56
17. HORÁIRO DE FUNCIONAMENTO 59
17.1 Agendamento 59
18. COLETA DE EXAMES 60
18.1 Acidentes com material biológico 60
19. CONSIDERAÇÕES FINAIS 61
19.1 Linha de cuidados 61
19.2 Linha de cuidado integral 62
20. CONCLUSÃO 66
21. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS 68

1. INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV), causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), foi descrito em 1981 e, em pouco tempo, tornou-se um evento global[1].

Desde seu surgimento, a AIDS demonstrou ser uma enfermidade dinâmica e dona de características que se diversificaram ao longo do tempo. Inicialmente, a síndrome também apareceu como uma enfermidade ligada à morte, à contaminação pelo sexo e, por isso, ganhou grande repercussão negativa junto aos meios de comunicação social[1-3]. Não foi por outro motivo que o tema, com o passar dos anos, ganhou inúmeras abordagens literárias que necessariamente vamos citar no decorrer deste trabalho.

1.1 Avaliação da assistência ambulatorial

A assistência ao portador de HIV/AIDS no Brasil pode ser definida como um programa, ou seja, um conjunto de ações planejadas para atingir objetivos específicos em uma população alvo, em um determinado contexto temporal, político e sócio econômico[4].

A assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/AIDSPVHIV é realizada em diferentes serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais (DDAHV), elaborou normativas gerais para tais serviços e é responsável pela provisão dos medicamentos antirretrovirais e exames laboratoriais específicos (contagem de linfócitos T CD4 e CD8, carga viral do HIV e teste de genotipagem).

A assistência ambulatorial é focada no trabalho em equipe, em especial na abordagem à complexidade da AIDS. Essa assistência assumiu destaque com a proposta da implantação dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS, pelo MS. Neste contexto, foram estabelecidos padrões mínimos de funcionamento quanto à estrutura do cuidado, incluindo, entre outros requisitos, a existência de uma equipe mínima, visando à oferta de uma assistência humanizada e de qualidade, baseada na integralidade da atenção à Pessoa Vivendo com HIV/AIDS(PVHIV)[5].

A qualidade do atendimento prestado ao paciente é responsável pelo sucesso de programas que tem por objetivo reduzir o número de mortes e o controle da epidemia. A abrangência dos serviços também cumpre um papel institucional importante, uma vez

que, no Brasil, o atendimento tem um leque variado de ofertas, agregado a Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios estaduais em grandes hospitais, serviços especializados, municipais, estaduais ou universitários, exclusivamente ou não dedicados à assistência à AIDS.

Os princípios éticos do Programa QUALIAIDS foram traduzidos para a área da assistência por diretrizes técnicas específicas e inovadoras, entre elas destacam-se o acolhimento do paciente, aconselhamento pré e pós-teste, grupos de adesão à terapia e atendimento por equipes multiprofissionais[6].

Contudo, quando se fala em qualidade na assistência ambulatorial consideramos três níveis diferentes. O primeiro está relacionado ao serviço: exames laboratoriais, especialidades, agendamentos facilitados, vínculo e acolhimento eficiente. O segundo se relaciona com a qualidade de assistência prestada pelo profissional, no seu empenho em ouvir, interagir, conscientizar, adequar sua linguagem. Por fim, o papel do paciente, que precisa conhecer e aceitar o tratamento proposto, aderindo às estratégias para o autocuidado, orientações alimentares, uso correto das medicações, exercícios físicos no intuito de aumentar a qualidade de vida.

Assim, a capacitação dos profissionais que assistem pacientes infectados com o HIV deve ser efetivamente técnica e capaz de estabelecer protocolos focados na assistência, entre eles a implementação e controle de rotinas assistenciais, avaliação e monitoramento do trabalho, além do investimento na integração da equipe e nas articulações com redes de atenção à saúde e com usuários[8].

É importante destacar, assim, que o principal sentido da organização da assistência, desde sua emergência, foi o de representar a defesa de princípios éticos, o direito à cidadania e o acesso universal à assistência. Não foi à toa, aliás, que estes valores foram adotados para nortear a assistência a estes pacientes. É notório e do conhecimento de todos que a sociedade sempre estigmatizou os portadores de HIV/AIDS desde o início da epidemia, apesar da baixa especificidade e eficácia limitada das medidas conhecidas nos primeiros anos. A melhoria do atendimento, portanto, é um compromisso permanente e seus desdobramentos envolvem inclusive o perfil tecnológico de organização dos serviços[6].

Pode-se dizer que avaliar a qualidade do serviço prestado por hospitais, clínicas e profissionais da saúde tem sido, ao longo dos tempos, um campo de estudo de diversos pesquisadores e uma necessidade dos diversos contratantes de serviços, sejam eles públicos ou privados[9].

1.2 A importância do questionário QUALIAIDS do Ministério da Saúde

O Sistema QUALIAIDS compõe um conjunto de iniciativas do DDAHV, direcionadas para o incremento da qualidade da assistência PVHIV nos serviços do SUS[10].

O primeiro estudo QUALIAIDS buscou trazer à tona qual a qualidade esperada para os serviços ambulatoriais que assistem PVHIV no estado de São Paulo. Primeiramente, foi realizada uma pesquisa qualitativa em cinco unidades escolhidas por serem reconhecidas pelo Programa Estadual de DST/AIDS como serviços de boa qualidade quanto a características de estrutura e processos. Segundo informações da pesquisa, o modelo identificado nesses serviços foi tomado como o padrão tecnológico e como o melhor possível em relação à organização do trabalho[11].

Conforme entendimento de Uchimura (2002)[12], a qualidade de programas e serviços é tratada, quase sempre, de maneira objetiva, relacionando instrumentos, formas, técnicas e métodos. Porém, a autora marca uma dimensão subjetiva da qualidade, relacionada a finalidades, valores e conteúdo que não podem ser mensuradas ou generalizadas. Avaliações voltadas para o estudo dos componentes de um programa de saúde constituem estudos qualitativos em sua dimensão objetiva. Enquanto estudos com foco na dimensão subjetiva da qualidade, que buscam apreender a experiência vivencial de usuários, técnicos ou gestores de saúde, caracterizam avaliações qualitativas de programas.

O questionário QUALIAIDS é um instrumento oficial de avaliação da qualidade da assistência dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem PVHIV a partir de 2007. O MS conduziu a avaliação solicitando a todos os serviços do país que respondessem ao questionário. O relatório do inquérito e os bancos de dados foram encaminhados às gerências estaduais do programa de DST/AIDS e divulgados em oficinas de trabalho conduzidas pela gerência nacional[13].

O QUALIAIDS vem sendo considerado um importante sistema, de auto avaliação da qualidade da assistência ambulatorial. É composto por um questionário com 107 questões objetivas dirigidas aos gerentes e equipes locais dos serviços. Os assuntos abordados tratam dos recursos e da organização da assistência nestes serviços, compondo indicadores de qualidade. A pesquisa de qualidade baseou-se no princípio de que quanto mais coerente fosse a ação assistencial operada nos serviços com o plano propositivo do programa de AIDS, melhor seria sua qualidade. Em outros termos, o trabalho de boa qualidade, portanto, é o que objetiva tecnologias e normas, estabelecendo protocolos a fim de otimizar o programa QUALIAIDS.

O principal fundamento que conduziu o desenvolvimento do instrumento avaliativo foi o de que, independentemente das características institucionais e locais, todos os serviços necessitariam sempre possuir condições de disponibilidade de recursos, organização da assistência e gerenciamento técnicos voltados para um cuidado de qualidade aceitável10.

Donabedian (2000)[14], em seu referencial teórico, está inserido nas bases da linha de pesquisa QUALIAIDS, onde a qualidade é vista como o aspecto central a ser considerado para avaliação em saúde. Este autor sugeriu uma tríade de abordagens possíveis na avaliação em saúde: estrutura, processo e resultados. A estrutura corresponderia aos instrumentos, condições físicas e recursos disponíveis. O processo seria o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes. E resultados seriam os efeitos no estado de saúde dos pacientes, atribuíveis à boa conjunção entre os recursos e os processos de trabalho.

O Programa Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais, desde seu início, desempenhou importante papel na elaboração e divulgação de normas e diretrizes. Seu objetivo foi o de tornar tecnicamente homogêneo o trabalho programático e, ao mesmo tempo, reforçar estimáveis valores sociais no que se refere à luta contra a homofobia e aos direitos sociais das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

O questionário QUALIAIDS é, assim, um instrumento completo para avaliação do atendimento aos pacientes que são atendidos no ambulatório de imunologia do Hospital

Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG). Além disso, os resultados obtidos na investigação contribuem para melhorar a linha de cuidados e boas práticas.

2. OBJETIVO GERAL

Elaborar o diagnóstico situacional do setor ambulatorial de atendimento a pessoas vivendo com PVHIV no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

3. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Analisar os pontos fortes e fracos que interferem na qualidade da assistência prestada a PVHIV.

- Propor medidas e soluções para que o hospital atenda plenamente os requisitos exigidos pelo Departamento de doença sexualmente transmissível, Aids e Hepatites Virais (DDAHV).

- Melhorar a linha de cuidados da assistência ambulatorial ao paciente que vive com PHIV/AIDS.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo seccional com abordagem qualitativa. A metodologia adotada faz com que o profissional que responde ao questionário seja mais participativo, disponibilizando, desta forma, respostas verdadeiras e atualizadas no cenário do atendimento.

O cenário do estudo foi o “Ambulatório de Imunologia”, do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, localizado no bairro da Tijuca, na zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

5. SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos do estudo foram quinze (15) profissionais que compõem o serviço deste ambulatório, entre eles dez médicos, uma assistente social, uma psicóloga, uma

nutricionista e dois técnicos de enfermagem, que aceitaram participar da pesquisa. A assistente social, a nutricionista e dois técnicos de enfermagem se recusaram a fornecer depoimentos por não serem exclusivos do serviço. No total, portanto, onze profissionais aceitaram participar da investigação. Os médicos entrevistados na pesquisa são quatro professores formados há mais de vinte anos, mesmo período durante o qual trabalhavam, à época, na instituição, e seis alunos do curso de pós graduação a nível de residência médica. A psicóloga também estava formada há mais de vinte anos, mesmo tempo de trabalho dedicado à instituição.

Para captar os sujeitos do estudo, o pesquisador esteve inserido no setor de HIV/AIDS. Sua tarefa de convencer os participantes a participar da pesquisa foi prontamente atendida pelos profissionais devido à relevância da pesquisa. O período de coleta de dados foram os meses de julho a setembro de 2015.

5.1 Síntese descritiva do serviço de atendimento ambulatorial de PVHIV no HUGG.

O ambulatório de atendimento (PVHIV) está vinculado ao Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro que, por sua vez, está ligado ao Ministério da Educação. O Gestor pleno do SUS é a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Isso não impede, no entanto, que ações ligadas à Secretaria estadual de Saúde e ao Ministério da Saúde (MS) sejam frequentes.

O hospital é bem localizado, em centro urbano, com ampla rede de transporte disponível: trens, metrô, ônibus. O acesso ao ambulatório é facilitado pela planta física do hospital e não há barreiras físicas que dificultem a aproximação.

O serviço é composto por oito salas de atendimento, e não há salas exclusivas para atendimento de enfermagem, de outros profissionais ou para atendimento em grupo. Há uma sala para procedimentos de enfermagem.

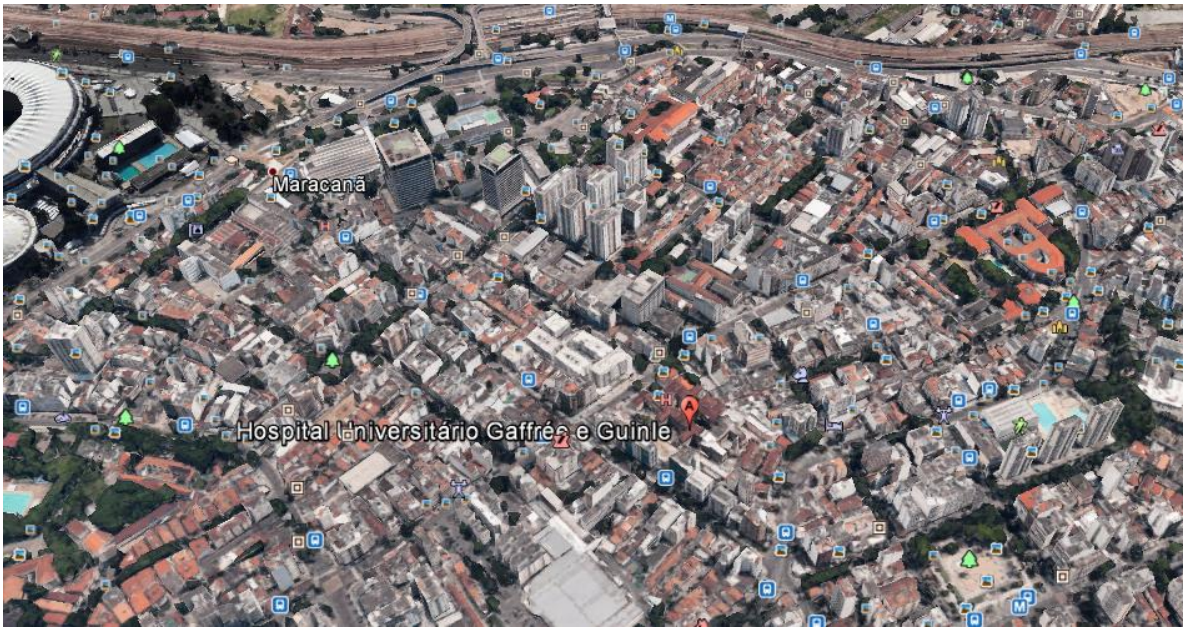

Figura 1 – Localização do HUGG. Note o Maracanã no canto superior esquerdo. Acima é possível observar as linhas ferroviárias e metroviárias em paralelo. Fonte: Google EARTH®.

5.2 Coleta de Dados

A distribuição do questionário QUALIAIDS aos participantes concentrou-se nas quartas e quintas feiras, dias da semana em que todos os profissionais envolvidos na pesquisa estavam disponíveis na instituição no período da manhã.

Para a coleta dos dados foi utilizado o questionário QUALIAIDS. Esta ferramenta é composta por 107 questões de múltipla escolha, que abordam apenas dimensões de estrutura e processo da assistência ambulatorial. As questões formuladas permitiram a elaboração de um diagnóstico situacional do setor estudado.

5.3 Análise dos Dados

A análise qualitativa foi realizada através da reunião de três grandes dimensões avaliativas: Organização do Processo de Assistência (Processo); Gerenciamento Técnico do Trabalho (Processo) e Disponibilidade de Recursos (Estrutura). O resultado da análise produziu resultados e discussão da atual realidade do serviço do ambulatório que atende pacientes com HIV/AIDS.

Os resultados foram organizados e discutidos nestas três dimensões, possibilitando ao pesquisador identificar não só os pontos fortes do atendimento no setor, mas os pontos fracos que precisam ser abordados de modo a melhorar o atendimento à população assistida.

6. RESULTADOS e DISCUSSÃO

O QUALIAIDS é um questionário que aborda dimensões de estrutura e processo da assistência ambulatorial reunidas em três grandes dimensões avaliativas:

1) Organização do processo de assistência
2) Gerenciamento técnico do trabalho
3) Disponibilidade de recursos

O tratamento em HIV e AIDS apresenta grande complexidade em seu manejo clínico e na abordagem de suas peculiaridades sociais e psicológicas relacionadas aos pacientes. Por isso, arranjos assistenciais de boa qualidade fundamentados nas atividades de profissionais generalistas, que são comprovadamente efetivos para muitas condições de saúde, mostram-se insuficientes na atenção a Aids. A assistência de profissionais com capacitação técnica e ética para desenvolver atividades multiprofissionais junto aos usuários, portanto, deve-se aliar a condições mínimas necessárias para assistir com qualidade essa população[10].

A assistência à saúde aos que vivem com HIV/AIDS exige capacidade instalada de recursos humanos, materiais e físicos específicos que são custosos. Esses recursos devem ser distribuídos da forma mais eficiente possível, o que implica submeter à descentralização e à possibilidade de capacidade instalada. Enquanto a descentralização atende à necessidade de prover atenção mais próxima dos usuários, a capacidade instalada atende à necessidade de qualidade. Ambos os valores devem ser balanceados para que seja admissível, apenas em casos excepcionais e temporários, sacrificar a qualidade em favor da proximidade do serviço ao usuário[15].

Após análise global do QUALIAIDS no HUGG, destacamos que a análise dos dados nos permitiu constatar que as respostas dos profissionais que responderam aos

questionários foram muito discordantes. Tal fato pode indicar uma desarticulação e falta de entrosamento entre os membros da equipe, falta de liderança e comprometimento, além do prestígio do indivíduo em detrimento do coletivo. Nota-se que há falta de reuniões regulares entre os membros da equipe. Não há padronização nas condutas, nem tampouco o registro de dados estatístico-epidemiológicos. Assim, a coleta e análise dos dados tornaram-se descritivas, razão pela qual esperamos contribuir, com este trabalho, para que os ajustes necessários possam ser implantados e integrados nas diretrizes do MS. Constatamos também que a estrutura do ambulatório é precária nos aspectos físicos e de recursos humanos, tornando inviável a adoção integral das boas práticas em saúde. Uma das consequências daí decorrentes é a sobrecarga de trabalho, notadamente dos médicos. Durante todo o período de funcionamento do ambulatório, esses profissionais não tem suporte administrativo e são obrigados a realizar atividades como encaminhamento a pacientes para exames e reabastecimento de impressos. Estas e outras tarefas, que não são de sua atribuição, revelam a desorganização, assim como agravam a falta de dados.

6.1 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 alinhavadas anteriormente. Utilizamos como parâmetro o guia referencial de normas e critérios de qualidade e as recomendações de boas práticas contidas no caderno QUALIAIDS DO MS.

6.2 Organização da assistência

TABELA 1 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	**Acolhimento** ✓ Atendimento de primeira vez
	Organização e rotinas da assistência médica ✓ Tempo de consulta ✓ Agendamento de consultas ✓ Intervalo entre o diagnóstico e consulta médica ✓ Trabalho do Médico ✓ Atendimento Médico para não agendados ✓ Trabalho do Médico Ginecologista
	Organização e rotinas da assistência de enfermagem ✓ Assistência de Enfermagem ✓ Rotina do Técnico de Enfermagem
	Organização e rotinas da assistência dos demais profissionais ✓ Rotina de atendimento do Assistente Social ✓ Rotina de atendimento do Farmacêutico ✓ Rotina de atendimento do Psicólogo ✓ Rotina de atendimento do Dentista
	Organização geral do trabalho ✓ Convocação de faltosos ✓ Busca ativa ✓ Padronização de Condutas ✓ Fluxo de encaminhamento de pacientes entre profissionais
	Orientações e aconselhamento ✓ Aconselhamento pré e pós teste ✓ Atividade em sala de espera ✓ Direitos reprodutivos ✓ Orientação quanto ao uso de antirretrovirais
	Atividades específicas de adesão ao tratamento ✓ Rotinas e orientação para o uso de antirretrovirais ✓ Medicação fora da rotina

As informações coletadas com o questionário QUALIAIDS, preenchido pela equipe do HUGG, nos permitiu levantar a situação atual do atendimento a PVHIV no ambulatório. Passamos a descrever na próxima seção a realidade atual vivida pelos profissionais que atuam no setor.

7. ACOLHIMENTO

7.1 Atendimento de primeira vez.

Os pacientes que procuram o HUGG pela primeira vez podem ser atendidos ou não pelo médico no mesmo dia. Os casos graves, com doença avançada, por exemplo, são imediatamente atendidos. Os casos assintomáticos, no entanto, dependem da decisão médica para serem prontamente atendidos ou remarcados. Não existe uma padronização, muito embora, recentemente, tenha sido instituído um horário para o primeiro atendimento. Não há, portanto, um fluxo bem definido e regulamentado.

O Centro de Testagem e Aconselhamento CTA do HUGG realiza o pré-teste e o pós-teste e para tanto dispõe de uma equipe multiprofissional treinada pelo MS. O grupo, porém, só se envolve com a testagem (HIV, hepatite C viral HCV, hepatite B viral HBV e Sífilis) e o aconselhamento imediato se o resultado for reator. Neste caso, o encaminhamento é feito diretamente ao médico e a equipe não faz registro em prontuários, emitindo o resultado do exame por escrito.

De acordo com os resultados, no que se refere à organização do processo de assistência, dez dos profissionais consultados neste setor, responderam que (em relação ao pré-teste) a orientação e o aconselhamento são realizados individualmente por profissionais de nível universitário. Já com relação à orientação e o aconselhamento pós-teste, todos os participantes da pesquisa (100%) responderam que os responsáveis por este procedimento são profissionais de nível universitário, médicos e psicóloga.

É importante registrar que os pacientes chegam à primeira consulta sem atendimento anterior por outros profissionais. Não há, assim, consulta com enfermeiro ou farmacêutico. No caso de atendimento com psicólogo e nutricionista, o mesmo ocorre quando o médico detecta alguma necessidade e faz o encaminhamento.

As limitações físicas e de recursos humanos do HUGG, portanto, limita a prática multidisciplinar em saúde.

Todos os pacientes atendidos no ambulatório de HIV/AIDS do HUGG, após o primeiro atendimento, saem da instituição com consulta de retorno agendada.

7.1.2 Organização e Rotinas da Assistência Médica

7.1.3 Tempo de consulta médica.

No HUGG, geralmente o tempo médio de consulta no primeiro atendimento é de aproximadamente 45 minutos. Na consulta de retorno o tempo estimado de atendimento varia de 20 a 30 minutos.

De acordo com seis (6) dos entrevistados, o tempo médio de duração da consulta do infectologista ou clínico para consultas de casos novos é de 30 minutos. Outros três (3) disseram que o tempo médio é de 45 minutos. Os restantes não responderam ao questionário.

7.1.4 Agendamento de consultas.

No momento, 2840 pacientes encontram-se em acompanhamento médico no HUGG, todos em uso de antirretrovirais, conforme determinação do DDAHV do MS. Mensalmente são realizadas, em média, 680 consultas/mês em pacientes com idade superior a 18 anos. Não há dados, entretanto, sobre as faltas dos agendados. Por se tratar, historicamente, de um ambulatório aberto ao público, atendendo também por demanda espontânea, a adesão à agenda não é respeitada pela maioria dos pacientes, já que são atendidos mesmo sem agendamento.

O setor onde funciona o ambulatório fica aberto oito (8) horas por dia, perfazendo um total de 40 horas semanais disponível ao atendimento da população.

7.1.5 Intervalo entre diagnóstico e consulta médica.

No ambulatório, o intervalo entre o diagnóstico e a consulta depende em parte do estado clínico do paciente. Pacientes sintomáticos são prontamente atendidos. Os assintomáticos são agendados de acordo com a decisão do médico. Como já foi dito anteriormente, não há fluxos ou padronização para este agendamento.

Tratando-se de intervalo médio de tempo entre o primeiro atendimento nesse serviço e a primeira consulta médica de HIV/AIDS (excluindo os casos graves), seis dos profissionais que responderam ao questionário QUALIAIDS relataram que leva de uma a quatro semanas. Outros quatro (4) entrevistados disseram que o primeiro atendimento sempre é na primeira consulta. Os restantes do universo pesquisado não responderam ao questionário.

7.1.6 Trabalho do médico.

De uma maneira geral, as atividades dos médicos que atendem pacientes portadores de HIV/AIDS no ambulatório de imunologia do HUGG estão de acordo com as diretrizes do QUALIAIDS. Normalmente, os retornos são agendados para os mesmos médicos.

No momento da consulta médica de seguimento, o médico executa vários procedimentos técnicos e cabe a ele as seguintes atividades aqui descritas:

Durante a consulta médica de seguimento, além dos procedimentos técnicos de rotina, o médico: preenche os formulários para dispensação de antirretrovirais, investiga as dificuldades no uso de antirretrovirais e orienta não só o uso de preservativo, mas, resumidamente, a medicação. Cabe ainda ao médico responsável agendar pessoalmente o retorno, orientar o paciente sobre concepção e contracepção e encaminhá-lo para outros atendimentos, entre eles questões relativas à sexualidade. Todos estes itens são ordenados por ordem de importância, conforme o resultado.

7.1.7 Atendimento médico para não agendados (“extras”)

Extras

No HUGG, historicamente, desde a época em que não havia tratamento específico para o HIV, os pacientes com AIDS sempre foram atendidos, independentemente da existência de vagas na agenda. Isso foi se modificando ao longo dos anos. Atualmente, como o intervalo entre as consultas é de seis meses ou mais, os pacientes são orientados a procurar o HUGG em caso de qualquer necessidade ou intercorrência. Nas consultas extras, as atividades realizadas rotineiramente são:

- ✓ Avaliação de queixas clínicas
- ✓ Fornecimento de receita de antirretroviral e outras medicações, quando necessário
- ✓ Avaliação e reorientação do uso de antirretroviral e outras medicações
- ✓ Solicitação de exames
- ✓ Verificação da ocorrência de faltas anteriores
- ✓ Orientação sobre retorno para o atendimento de rotina
- ✓ Identificação das dificuldades em comparecer aos atendimentos agendados
- ✓ Fornecimento de atestado para benefício social

A maneira como o serviço soluciona o atendimento de pacientes “extras” ou não agendados foi uma das questões submetidas aos entrevistados. A resposta prevalente, dada por oito (8) participantes, revelou que os pacientes são sempre atendidos, independentemente da existência de vagas na agenda.

A demanda mais frequente para os atendimentos “extras” (consultas não agendadas para pacientes em seguimento), de acordo com os sujeitos da pesquisa, indicou, segundo o relato de sete (7) entrevistados, que o principal motivo são as intercorrências clinicas.

7.1.8 Trabalho do médico ginecologista

O acompanhamento médico-ginecológico no HUGG é feito por meio de agendamento conforme a demanda do paciente. O serviço de Ginecologia, no entanto, funciona em outro setor e as anotações do médico ginecologista são feitas em outro prontuário. De uma maneira geral, a avaliação periódica é realizada mesmo na ausência de queixas e ocorre pronto atendimento para queixas agudas e crônicas.

Segundo o estudo, cinco (5) dos profissionais afirmaram que a forma de acesso predominante no atendimento médico ginecológico na instituição é o agendamento conforme a demanda das mulheres. Quatro entrevistados disseram que não há rotina estabelecida para o serviço. Os restantes não responderam ao questionário QUALIAIDS.

8. ORGANIZAÇÃO E ROTINAS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

8.1 Assistência de enfermagem.

Durante o atendimento não existem atividades de rotina realizadas pela equipe de enfermagem, tanto por técnicos ou enfermeiros.

Outro resultado oriundo das respostas do QUALIAIDS foi que não há pré ou pós consulta de enfermagem. Alguns autores lembram que a Consulta de Enfermagem deve, sistematicamente, compreender a realização de um histórico, com um enfoque mais amplo que a anamnese médica. A elaboração de diagnósticos de enfermagem deve, por sua vez, contemplar ações, adotando-se ou não, taxonomias consagradas ou a denominação de problemas ou de necessidades de atendimento. Finalmente, o plano assistencial inclui técnicas, normas e procedimentos que orientam e controlam a realização das ações destinadas à obtenção, análise e interpretação de informações acerca das condições de saúde da clientela, assim como as decisões quanto à orientação e outras medidas que possam influir na adoção de práticas favoráveis à saúde[16].

8.2 Rotina do técnico de enfermagem.

Com relação às atividades realizadas de rotina pelo auxiliar ou técnico de enfermagem, as respostas são: coleta de sangue para exames laboratoriais, verificação

de sinais vitais – peso, altura, temperatura, pressão arterial, verificação de queixas agudas

que exijam providencias, orientação para coleta de exames e agendamento de exames e consultas.

Lembramos que, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem, as atividades do auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem só podem ser exercidas sob a orientação e supervisão do enfermeiro, conforme disposto no artigo 15 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987[17].

8.2.1 Papel do enfermeiro e sua ausência.

Com relação à organização do processo da assistência, dos resultados da pesquisa, o mais preocupante para os critérios de qualidade do serviço é o fato de não haver enfermeiro no ambulatório de HIV/AIDS. Até porque este profissional ocupa papel fundamental dentro da equipe de saúde que assiste portadores do HIV/AIDS. O enfermeiro, sabemos, deve integrar seu conhecimento num trabalho interdisciplinar, assumindo definitivamente sua missão de educador, e não apenas de transmissor de informações, desconsiderando-se aqui os aspectos psicossociais envolvidos e que vêm à tona com o desenrolar da doença.

A assistência hospitalar e/ou ambulatorial, voltamos a assinalar, necessita da ação de uma equipe multiprofissional integrada e, dentro dessa equipe, o enfermeiro desempenha papel fundamental no processo. Além disso, a enfermagem lidera o maior grupo de profissionais envolvidos na assistência direta e ininterrupta ao paciente, seja nas 24hs da assistência ou na consulta ambulatorial. Entre suas tarefas estão coordenar, treinar e supervisionar a utilização correta e otimizada do potencial tecnológico sob sua responsabilidade, atuação que garante a promoção de um ambiente saudável no dia a dia do hospital.

9. ORGANIZAÇÃO E ROTINAS DA ASSISTÊNCIA DE OUTROS PROFISSIONAIS

Em relação aos diferentes profissionais da equipe no atendimento e encaminhamento de pacientes, dez profissionais ouvidos na aplicação do questionário QUALIAIDS relataram que o médico identifica as necessidades do paciente e o encaminha para os diferentes profissionais (psicólogos, assistentes sociais e outros) ou para outras instituições.

9.1 Rotina de atendimento do assistente social

Não há assistente social exclusivamente vinculado ao serviço de AIDS no HUGG. Segundo a assistente social designada para eventuais atendimentos aos pacientes do ambulatório HIV/AIDS, conforme o atendimento é solicitado o (a) profissional realiza as seguintes atividades: orientação sobre direitos civis e previdenciários, encaminhamento para benefícios sociais (cesta básica, vale transporte, entre outras atividades de acordo com a demanda.) e discussão e orientação sobre questões trabalhistas.

9.1.1 Rotina de atendimento do farmacêutico

No HUGG, não há farmacêutico exclusivamente vinculado ao serviço de AIDS, na assistência farmacêutica. O técnico de farmácia dispensa os antirretrovirais e as medicações para tratamento das infecções oportunistas e insere os dados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) do MS.

O farmacêutico responsável pela logística dos medicamentos para o tratamento dos pacientes portadores de HIV/AIDS desenvolve as seguintes atividades: dispensação de medicamentos, controle do suprimento e dispensação dos medicamentos, treinamento e supervisão dos técnicos de farmácia (ou dos outros profissionais que auxiliam na farmácia) e controle de faltosos.

A orientação do uso de antirretrovirais é feita na consulta médica, segundo o depoimento dos profissionais participantes deste estudo. O mesmo acontece com a dispensação de antirretroviral na primeira prescrição, feita no mesmo dia, pelo farmacêutico.

9.1.2 Rotina do atendimento do psicólogo

O serviço dispõe de apenas duas psicólogas, que fazem atendimento individual, e em grupo, quando necessário. As atividades realizadas pelo psicólogo, conforme os depoimentos são psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, atendimento e suporte para a família, suporte para a equipe técnica do serviço, recepção e acolhimento de casos novos e atendimento conjunto com médico e/ou serviço social.

9.1.3 Atendimento odontológico: acesso e organização

Na equipe de profissionais de saúde deste setor ambulatorial também não há atendimento odontológico. Por esta razão, o fator de qualidade do serviço, no caso em avaliação, também é prejudicado, pois, como sabemos, quanto mais completa uma equipe de saúde, melhor ela é referenciada. Além disso, a importância do profissional odontólogo para a assistência dessa população é inquestionável. Não há, no entanto, a formalização de convênio com instituição que faça atendimento odontológico aos portadores do HIV ali atendidos.

10. ORGANIZAÇÃO GERAL DO TRABALHO

10.1 Convocações de faltosos

De acordo com oito profissionais entrevistados nesta pesquisa, a falta do paciente ao atendimento agendado não gera nenhuma providência e seu retorno espontâneo é simplesmente aguardado nestes casos. Também não há um critério fixo para definir abandono de tratamento, mas com seis meses ou mais sem retorno considera-se que o paciente abandonou o tratamento pois o serviço não promove uma busca ativa. Entendemos que essa lacuna deva ser necessariamente suprida e para tanto enfatizamos a importância da criação de meios de comunicação eficazes com todos os pacientes em tratamento e seus familiares. Carências como essa justificam, ainda, o investimento em treinamentos e atualização dos profissionais da área de saúde e educação. A finalidade é melhorar a relação de confiança mútua e aumentar os índices de qualidade de serviço.

10.1.1 Busca ativa

Desenvolvida no âmbito do serviço, a chamada atividade da busca ativa pode ser feita por diversos meios capazes de resgatar o paciente para o tratamento. Esta prática, que pode ser aplicada no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada, pode ser implementada por meio de canais como um simples contato telefônico ou a visita domiciliar. Além de reduzir os casos de abandono, o trabalho daria origem a dados estatísticos valiosos de acompanhamento da doença e os motivos que levam às

desistências do tratamento. Alertamos, assim, que no HUGG não há serviço ou profissionais que fazem busca ativa.

10.1.2 Padronizações de condutas

De uma maneira geral, os protocolos de atendimento recomendados pelo DDAHV são seguidos, em especial os protocolos para confecção HIV/tuberculose, gestantes, acidentes de trabalho.

Com relação à padronização de condutas (protocolos), cinco profissionais respondentes ao questionário QUALIAIDS afirmaram que não há padronização para as atividades da assistência. Por outro lado, três profissionais asseguram que sim, no primeiro atendimento nesse serviço, e outros três profissionais também confirmam a prática, no atendimento a condições específicas (como infecção HIV/Tuberculose, gestantes, acidentes de trabalho e outros).

Segundo estudiosos do tema, os protocolos propiciam “processos ricos em aprendizagem organizacional e, como prescrevem racionalmente os melhores recursos a serem utilizados, são a garantia da maior probabilidade de resultados assistenciais almejados”[18].

A ausência de protocolos que otimizem o fluxo de atendimento e as redes de apoio, com certeza, é um fator determinante de qualidade para um serviço de excelência. Porém, a adesão ou mesmo a criação de protocolos que aperfeiçoem a assistência em saúde é viável e possível de ser realizado[18].

10.1.3 Fluxo de encaminhamento de pacientes entre os profissionais

No HUGG, o encaminhamento é feito verbalmente ou através do formulário de solicitação de parecer. O médico identifica a necessidade da solicitação do parecer e encaminha o paciente para setores específicos.

11. ORIENTAÇÕES E ACONSELHAMENTO

11.1 Aconselhamento pré e pós-teste

O HUGG oferece o teste de diagnóstico para o HIV, o pré-teste e o pós-teste, todos realizados por profissional de nível superior no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Os pacientes são acolhidos, orientados e encaminhados para tratamento médico específico. No HUGG, caso um paciente com teste reator não retorne ao serviço, na maioria das vezes a equipe aguarda o retorno espontâneo.

11.2 Atividades em sala de espera

Não há atividades de sala de espera. No HUGG, quando o paciente chega para consulta marcada, ele passa diretamente para o atendimento médico sem nenhum outro atendimento prévio, salvo em casos específicos quando há alguma pesquisa em curso. Não há pré-consulta de rotina aplicada pela enfermagem, até porque o HUGG não dispõe de sala de espera que permita o desenvolvimento de atividades extras com os pacientes. As consultas médicas são agendadas para início de turno e cada médico atende, em média, 20 consultas por bloco de 8 horas, em conjunto com os residentes e internos. Não há um número pré-estabelecido para pacientes na primeira consulta por médico. As consultas de retorno são marcadas preferencialmente com o médico responsável, mas o atendimento é feito por diferentes estagiários (alunos ou residentes).

Outra realidade que não favorece a qualidade do serviço é que, habitualmente, não são realizadas atividades com os pacientes na sala de espera, fato confirmado por todos os entrevistados. Este tempo e espaço bem aproveitados antes da consulta poderiam representar um diferencial na adesão ao tratamento, na medida em que os esclarecimentos de dúvidas a respeito da doença ajudassem na prevenção de complicações.

Dos entrevistados, três (3) profissionais que responderam ao questionário QUALIAIDS relataram que para cada clínico são previstas entre dez (10) e oito (8) consultas por período de 4 horas de trabalho.

11.3 Direitos reprodutivos

O casal portador do HIV ou soro discordantes que decide ter filhos é orientado pelo médico sobre os riscos e discute tanto o melhor momento para a concepção, bem como recebe orientação relacionada à preconcepção e ao pré-natal. Muitos destes casais são encaminhados ao setor de Obstetrícia do HUGG, que oferece um programa conjunto para o acompanhamento de gestantes.

Compreender o enfrentamento das questões relacionadas à AIDS entre as mulheres é uma tarefa complexa. A maior dificuldade enfrentada por aqueles que com elas convivem é bastante conhecida: o estereótipo de uma doença dita desonrosa e profundamente associada à desvalorização moral e social. Não é por outro motivo que destacamos a importância de promover atendimentos específicos capazes de incentivar a autoajuda. O intuito é discutir os múltiplos aspectos contidos no processo de enfrentamento da doença e a saudável consequência daí decorrente: desmistificar o estigma que faz parte da vida dessas pessoas e de seus familiares[19].

11.4 Orientação sobre o uso dos antirretrovirais

Os profissionais envolvidos na pesquisa disseram que durante a consulta fazem perguntas ao paciente sobre o uso correto da medicação. Dez (10) deles questionam sobre o uso correto. Oito profissionais têm como rotina abordar as dificuldades relativas ao dia-a-dia (trabalho, fins de semana, festas entre outras atividades). Sete profissionais relataram que checam, durante a consulta médica, as dificuldades com efeitos colaterais e posologia (horários e alimentação).

No HUGG, todos os pacientes são orientados a fazer uso das medicações antirretrovirais imediatamente após o diagnóstico, seguindo a orientação do DDAHV, publicada a partir de 2014. A orientação deve ser seguida após a prescrição do primeiro antirretroviral, trinta dias ou imediatamente caso ocorra algum efeito colateral. Uma vez estabilizados clinicamente, os pacientes são agendados a cada seis meses.

De modo geral, para pacientes em seguimento, não existe uma rotina fixa para verificar o uso correto da medicação antirretroviral. O questionamento é feito quando o

exame de quantificação da carga viral do HIV mostra valores acima do limite inferior de detecção

exame de quantificação da carga viral do HIV mostra valores acima do limite inferior de detecção.

O mecanismo utilizado para garantir acesso aos antirretrovirais é o fornecimento de receituário próprio, mensal, até o agendamento do retorno. Em média são fornecidas seis (6) receitas para cada paciente e a retirada na farmácia é mensal, não havendo consulta farmacêutica ou de enfermagem.

Quando o paciente apresenta dificuldades no tratamento com antirretrovirais, todos os quesitos abaixo são realizados:

- ✓ O retorno é realizado em intervalos menores
- ✓ O paciente é encaminhado para grupos de adesão
- ✓ O paciente é encaminhado para orientação individual com profissional de nível superior
- ✓ Há mudança de esquema terapêutico, indicado quando possível
- ✓ Há reforço da importância da adesão nas consultas médicas

No caso de ficar sem medicação ou receita, decorrente de algum imprevisto, o paciente passa por consulta extra, pronto atendimento ou encaixe na agenda. Não há atendimento de pós-consulta com a enfermagem.

11.5 Atividades específicas de adesão ao tratamento

11.6 Adesão: rotinas e orientações para o uso de antirretrovirais

Perguntamos aos profissionais que concordaram em responder ao questionário QUALIAIDS qual era o mecanismo utilizado para garantir acesso aos antirretrovirais quando o agendamento de rotina prevê um intervalo entre as consultas de mais de trinta dias. A resposta foi unânime: todos relataram que o paciente sempre leva prescrição para sessenta dias.

Constatou-se também na pesquisa que quando um paciente apresenta dificuldades no tratamento com antirretrovirais, o retorno é realizado em intervalos menores, há reforço da importância da adesão nas consultas médicas e, se possível, mudança de esquema

terapêutico. Os depoimentos, enfatizados conforme o grau de importância de cada um dos

Depoentes, pesam favoravelmente na balança da análise da qualidade do serviço. Por uma razão muito simples: o suprimento das reais necessidades, como alterações no quadro do paciente que precise alterar a terapêutica e as próprias dúvidas sanadas, fazem uma enorme diferença no resultado final: da permanente busca pela melhoria da qualidade de vida do paciente.

12. GERENCIAMENTO TÉCNICO DO TRABALHO

Organização atual do ambulatorio hiv/aids

TABELA 2	Coordenação do trabalho
GERÊNCIA	✓ **Coordenação Técnica e Administrativa** ✓ **Gerência** ✓ **Supervisão** ✓ **Reunião de Equipe** ✓ **Suporte e Supervisão aos Profissionais**
	Registros, Avaliação, Monitoramento e Planejamento ✓ Arquivos e Registro de Atendimentos ✓ Prontuários Padronizados ✓ Registro rotineiro de dados e avaliações ✓ Notificação Compulsória ✓ Critérios de abandono ✓ Registro e controle de óbitos ✓ Controle e distribuição de antirretrovirais ✓ Planejamento das atividades
	Atualização dos profissionais ✓ Capacitação e experiência dos Profissionais
	Comunicação e Interação Serviço – Usuários - Comunidade ✓ Ouvidoria

12.1 Coordenação do trabalho

12.1.1Coordenação técnica e administrativa

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[20].

No HUGG não existe uma coordenação administrativa do ambulatório de assistência a PVHIV.

12.1.2 Gerência

No que diz respeito à coordenação do trabalho de assistência ambulatorial, a pesquisa revelou que a responsabilidade administrativa (controle de faltas, férias, alocação de pessoal, contratação) sobre a equipe de assistência à AIDS nesse serviço é exercida pelo chefe do serviço. Esse coordenador é um profissional não vinculado ao Programa de DST/AIDS, conforme o relato de cinco (5) respondentes ao questionário QUALIAIDS.

A coordenação técnica (responsável pela assistência, reuniões, supervisão) imediata das atividades ambulatoriais desse serviço de HIV/AIDS também é feita pelo chefe do serviço especializado em HIV/AIDS. Esse aspecto foi confirmado por sete profissionais que responderam o questionário.

Ainda de acordo com a pesquisa, não foi identificado um coordenador técnico da assistência ambulatorial. As atividades desenvolvidas pelo chefe do serviço indicam que a chefia e assistência são realizadas ao mesmo tempo ou na mesma proporção, conforme o

relato de oito profissionais. O mesmo acontece com as chamadas atividades de ensino, de acordo com as respostas obtidas junto a cinco profissionais ouvidos.

No HUGG, as responsabilidades administrativas e técnicas são de responsabilidade do Chefe de Serviço, um profissional com formação em medicina que, no entanto, não integra a equipe do Programa de DST e AIDS. O Chefe de Serviço é muito capacitado do ponto de vista médico e administrativo, realizando ambas as atividades ao mesmo tempo e na mesma proporção. O profissional em questão tem mestrado em Saúde Pública e há trinta e quatro anos trabalha em serviço especializado em AIDS.

É imprescindível, a nosso ver, que haja uma aliança 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 chefe do serviço. No entanto, deve-se manter a mesma orientação em relação à articulação entre o técnico e o administrativo.

12.1.3 Supervisão.

Segundo o resultado do QUALIAIDS, nove (9) dos profissionais que responderam ao questionário disseram que não existem atividades de supervisão. Os mesmos nove profissionais revelaram ainda que não há nenhum tipo de supervisão técnico-administrativa dos profissionais.

Quando o foco é o suporte e supervisão aos profissionais, os serviços devem se preocupar em oferecer atividades rotineiras que visem minimizar o sofrimento destes profissionais de equipes que assistem PVHIV. Valoriza-se a realização de grupos terapêuticos e/ou atendimento individual com psicólogos ou psiquiatras[20].

Para identificar os problemas que afligem a equipe, aconselha-se que a instituição reserve espaços periódicos para reuniões de equipe, com a participação da gerencia local. Durante esses encontros devem ser discutidos os problemas e dificuldades geradas no ambiente de trabalho e as medidas adicionais que possam ser efetuadas no sentido de atenuar as tensões[20].

A prática de atividades de lazer, integração e relaxamento para a equipe, embora não sejam atividades especificas de apoio psicológico, podem contribuir para diminuir situações de estresse e sofrimento[20].

12.1.4 Reuniões de equipe

A pesquisa revelou que este serviço promove sistematicamente reuniões para a discussão de casos e condutas clinicas semanalmente. Oito (8) dos profissionais que responderam ao QUALIAIDS confirmaram a frequência destes encontros.

Ainda para oito dos profissionais que responderam ao questionário QUALIAIDS, o tipo de reuniões de trabalho no serviço, realizadas periodicamente, são reuniões técnicas/administrativas com toda a equipe multiprofissional. E os membros da equipe que participam das reuniões multiprofissionais, segundo as respostas obtidas no levantamento, envolvem dez médicos, nove chefias médicas e oito psicólogos.

Na realidade, o serviço que presta assistência aos enfermos com AIDS no HUGG faz reuniões quinzenalmente, durante as quais são tratadas questões técnicas e administrativas com toda a equipe, com uma participação maior de médicos. Não há cronograma pré-estabelecido ou pauta e tampouco ata dos temas ali discutidos.

No que diz respeito às reuniões de equipe, o trabalho multiprofissional requer encontros periódicos (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). Os encontros contam com a participação da chefia e de todos os profissionais envolvidos na assistência, inclusive os médicos. Nessas ocasiões, o tempo e o espaço são exclusivamente reservados para esse fim, o que requer a suspensão programada do atendimento no período[15].

Os médicos devem participar das reuniões de equipe, devendo-se organizar a assistência para que isso seja possível. E as discussões de casos e condutas clínicas também devem ter periodicidade semanal ou quinzenal e devem ser preferencialmente de caráter multiprofissional[15].

A Avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/Aids – QUALIAIDS, relatório 2007/2008, Brasília, 2008, faz uma série de recomendações sobre a realização desses encontros. De acordo com o documento, as reuniões produtivas e capazes de trazer benefícios para o serviço devem ter as seguintes 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[20].

12.1.5 Dificuldades Gerenciais

De acordo com o estudo, nos últimos seis meses (à época da pesquisa), o serviço ambulatorial do HUGG teve dificuldades gerenciais para preencher vagas para assistência domiciliar terapêutica, contratação de recursos humanos de nível superior e contratação de recursos humanos de nível médio (auxiliar/técnico). Diante das dificuldades enfrentadas no gerenciamento e visando à busca de soluções, oito (8) dos profissionais pesquisados responderam que encaminham os problemas para a direção local.

O chefe envolvido com a solução de problemas e dificuldades, no cotidiano do funcionamento do serviço, enfrenta, é necessário assinalar, diversas situações relacionadas à carência de recursos financeiros, administrativos e organizacionais. Essas dificuldades ameaçam a efetividade e, por vezes, até mesmo a manutenção do serviço em longo prazo.

A precariedade de recursos não para por aí. Convive-se ainda com a falta da utilização dos dados epidemiológicos disponíveis da região sem os quais é difícil planejar as atividades. De maneira que não há planejamento formal das atividades desenvolvidas no ambulatório.

O Chefe de Serviço, aliás, reúne-se com a equipe e com instâncias superiores do HUGG para definir quais serão as prioridades adotadas na utilização dos recursos financeiros destinados ao financiamento das ações de HIV/AIDS. Na maioria das vezes as decisões são dependentes da Direção do Hospital.

No HUGG, as dificuldades enfrentadas no gerenciamento do serviço são costumeiramente encaminhadas para a direção local. Não há avaliação das atividades assistenciais realizadas, assim como não há dados da produção ambulatorial, auditoria, relatórios ou outros dados.

As reclamações dos usuários são feitas na Ouvidoria do HUGG. Não há uma participação organizada dos pacientes no encaminhamento de soluções de problemas. Não há também qualquer integração rotineira com outros órgãos ou instituições não diretamente vinculados à saúde.

Para o encaminhamento futuro de problemas que exijam a interlocução com outras instâncias, seria de grande valia a articulação com o movimento social organizado (organizações não-governamentais, conselho municipal de saúde, câmara de vereadores, dentre outras instituições). A finalidade é obter apoio político para a solução de problemas dependentes da negociação de recursos financeiros no município e no estado, além de se procurar uma interlocução ativa e o apoio técnico e gerencial das coordenações municipal e estadual de DST e AIDS[21].

12.1.6 Registros, avaliação, monitoramento e planejamento.

12.1.7 Prontuários

A literatura disponível indica que um prontuário único e bem organizado auxilia a integração entre as abordagens de diferentes profissionais, além de garantir a continuidade adequada do atendimento quando há alguma mudança na equipe médica. Para tanto é necessário que todos cumpram sua obrigação ética de registrar, com clareza, os diagnósticos, parâmetros de seguimento, condutas e intercorrências, ao longo do acompanhamento[15].

Segundo onze (11) dos entrevistados nesta pesquisa, os prontuários dos pacientes com HIV/Aids são arquivados separadamente (em arquivo exclusivo desses pacientes). Seis deles acrescentaram que os históricos são utilizados apenas pelos profissionais da equipe que acompanha os pacientes de HIV/AIDS.

Para nove participantes da investigação, o registro do conteúdo da assistência prestada pelos profissionais - medico, psicólogo, assistente social - é realizado no prontuário do paciente (prontuário único).

No HUGG, desta forma, os prontuários dos pacientes são arquivados no próprio setor de atendimento, utilizando-se, para tanto, os próprios profissionais da equipe que acompanha os pacientes com HIV/AIDS. O prontuário é único no setor e o registro da assistência prestada por profissionais é feito em conjunto.

Para implantar registros padronizados, o serviço pode recorrer a modelos existentes. Quando for o caso, no entanto, promovem-se adaptações necessárias às realidades locais. A padronização auxilia tanto o seguimento individual do paciente (por permitir o acompanhamento de parâmetros clínicos, laboratoriais, diagnósticos médicos e psicológicos, entre outros), quanto a avaliação técnica e administrativa do trabalho (por meio de auditorias e outros levantamentos). Outra questão relevante na discussão do tema são os prontuários, arquivos e registros de atendimento. Cada usuário deve ter um prontuário único, arquivado junto aos demais prontuários num mesmo local, de modo a permitir sua utilização por todos os profissionais do serviço.

Oito (8) dos entrevistados relataram que, no atendimento médico, o registro é feito em campos padronizados para preenchimento somente na primeira consulta. Já para cinco (5) deles não são usados registros padronizados no procedimento.

Especialistas que se debruçaram sobre o tema destacam a participação dos profissionais. De acordo com eles, o envolvimento da equipe na eleição de modelos de fichas de atendimentos padronizadas contribui para a maior adesão dos profissionais à sua utilização. O processo, ainda segundo esses autores, deve estar articulado à discussão de protocolos de atendimento que sigam os parâmetros técnicos definidos em consenso nacional. Deve-se levar em conta ainda o reconhecimento de necessidades e demandas locais e regionais cujo registro permitirá o acompanhamento e avaliação[15].

Para o registro de dados e avaliações, seis (6) dos respondentes ao questionário QUALIAIDS relataram que dispõem de registro sistemático referente ao número de atendimentos e procedimentos. Outros três (3) disseram ter o registro do número de

consultas por médicos, atendimentos a casos de exposição ocupacional, número de pacientes por faixa etária e o número de pacientes por sexo.

No que diz respeito à avaliação das atividades assistenciais, seis (6) dos participantes disseram que esta prática não é desenvolvida Seis outros profissionais alertaram inclusive que avaliações anteriores não foram realizadas no serviço.

As avaliações periódicas devem ser realizadas para reprogramação das atividades, buscando diferentes fontes de informação, com prioridade para a realização de auditorias de prontuários, levantamentos junto aos usuários e o uso de registros e dados disponíveis na unidade.

No quesito sobre informações de procedimentos/ações no âmbito do ambulatório no HUGG, detectamos grave falha com relação aos registros. Alinhavamos aqui a lista de dados essenciais que deixam de ser armazenados:

- ✓ Número de atendimentos e procedimentos
- ✓ Número de consultas por faixa etária
- ✓ Número de consultas por diagnóstico (infecções oportunistas/outras DSTs)
- ✓ Número de consultas por médicos
- ✓ Número de atendimentos em grupo
- ✓ Atendimentos a casos de exposição ocupacional
- ✓ Número total de faltas em consulta médica
- ✓ Número de faltas por paciente em consulta médica
- ✓ Número de exames laboratoriais realizados
- ✓ Número de pacientes por faixa etária
- ✓ Número de pacientes por sexo
- ✓ Número de pacientes soropositivos
- ✓ Número de pacientes com co-infecção por tuberculose
- ✓ Número de pacientes por diagnóstico (infecções oportunistas, outras DSTs)
- ✓ Número de pacientes em uso de antirretroviral
- ✓ Primeiro atendimento no ano de cada paciente
- ✓ Número de óbitos

- ✓ Número de pacientes por esquema terapêutico com antirretroviral
- ✓ Outros

No atendimento médico, o registro é feito em campos padronizados nas páginas iniciais do prontuário, seguindo anotações livremente em folhas em branco a critério do profissional. Não existem formulários padronizados para outros profissionais. Existe apenas uma ficha padronizada para exposição pós-ocupacional e tuberculose.

12.1.8 Notificação compulsória

Onze (11) dos profissionais respondentes ao questionário QUALIAIDS disseram que o preenchimento das fichas de notificação epidemiológica é realizado pelo próprio médico.

Entendemos que a notificação compulsória não deve ser encarada como uma atividade burocrática e, portanto, não deve ser delegada sem uma supervisão técnica adequada.

A responsabilidade da notificação compulsória é de todos os profissionais envolvidos na assistência. Eles devem preencher todas as informações clinicas e epidemiológicas, incluindo as de categoria de exposição[22].

12.1.9 Critério de abandono

Cinco (5) dos profissionais consultados assinalaram que não há critério de abandono utilizado para os pacientes em uso de antirretrovirais. Por conta disso, seguramente, oito entrevistados afirmaram não ter nenhum controle sobre o número de óbitos entre seus pacientes.

Uma forma de estabelecer um critério de abandono ao seguimento é levar em consideração o número de faltas ao serviço, e não um tempo fixo de ausência. Pessoas, por exemplo, que não estão em tratamento medicamentoso e por isso, têm um espaçamento maior de retorno ao serviço, devem ter um critério de abandono que considere esse tempo[20].

Informações como essa nos levam a identificar outro fator negativo no que deve ser a busca permanente de um bom índice de serviço prestado. Afinal de contas, coletar dados e aplicar metodologia epidemiológica são de suma importância para a credibilidade do serviço. E quanto melhor for o desenho da caracterização da clientela, melhor e mais específica será a assistência de saúde prestada.

12.1.10 Registro e controle de óbitos

Oito dos profissionais respondentes relataram que não se faz de modo sistemático o registro e o controle de óbitos entre seus pacientes. Quatro (4) deles disseram que fazem o controle sempre que a família avisa. Acrescentaram ainda que quando fazem o controle de dispensação dos antirretrovirais, este serviço exclui os óbitos notificados, de forma a atualizar as informações sobre o número de pacientes em uso de antirretrovirais.

O HUGG, portanto, não faz controle de modo sistemático do registro e controle de óbitos e, muitas vezes, os familiares demoram ou não avisam sobre o óbito.

As normas e critérios de qualidade e recomendações de boas práticas, contidas no manual do questionário QUALIAIDS, recomendam que a busca de casos de óbitos dos usuários do serviço seja promovida de forma sistemática e por meio de diversas fontes de informação. Um cadastro de usuários atualizado periodicamente, com a exclusão daqueles já falecidos, dos que foram transferidos e os que abandonaram o serviço, possibilita o conhecimento do número real de pacientes em acompanhamento[20].

Conhecer o número de usuários em seguimento é uma informação necessária ao planejamento das necessidades relacionadas a medicamentos, exames, materiais e recursos humanos. O dado, desnecessário dizer, também é útil nas avaliações do programa. Depreende-se daí, portanto, que a articulação com a área de vigilância epidemiológica e de registro de prontuários torna possível o conhecimento dos óbitos e transferências ocorridos.

12.1.11 Controle e distribuição dos antirretrovirais

Consultados sobre o controle da dispensação de medicamentos, nove (9) profissionais responderam que a tarefa é feita no âmbito do Sistema de Controle Logístico

de Medicamentos (SICLOM). Consideramos ser fundamental que todos os campos do Formulário de Cadastramento de Usuários do SUS e do Formulário de Solicitação de Medicamentos do SICLOM, entre outros, sejam corretamente preenchidos.

No HUGG não existe um profissional capacitado para atualizar o registro sistemático dos usuários no SICLOM.

12.1.12 Planejamento de atividades

Quanto ao planejamento de atividades, nove (9) profissionais informaram que o serviço não utiliza os dados epidemiológicos disponíveis da região para o planejamento de suas atividades, como, por exemplo, o número e o perfil dos casos notificados. Sobre o último ano, cinco (5) disseram que não houve planejamento local de atividades. Já outros cincos afirmaram não haver participação direta desse serviço nas decisões sobre os recursos financeiros destinados ao financiamento das ações de HIV/AIDS.

13. ATUALIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

13.1 Capacitação e experiência dos profissionais

Ao avaliarmos a capacitação e experiência dos profissionais, cinco deles assinalaram que, no último ano, o serviço promoveu eventos de atualização e também enviou médicos para atualização e capacitação em outras instituições. Ainda sobre o último ano, onze (11) dos profissionais entrevistados declararam que o serviço não ofereceu suporte financeiro para sua equipe participar de treinamentos, congressos e similares.

Valorizar a capacitação continuada de todos os profissionais, inclusive os de nível médio, é uma das prioridades do QUALIAIDS. Recomenda-se que os serviços promovam e busquem financiamentos para capacitação e atualização do seu corpo técnico, envolvendo todas as categorias profissionais presentes na equipe.

Quanto ao acesso a textos e materiais de consulta, cinco (5) profissionais que responderam ao questionário QUALIAIDS falaram que o material de consulta, como textos técnicos e similares, está disponível em sala de leitura ou espaço equivalente.

A disponibilidade de textos técnicos, artigos científicos, manuais, protocolos de tratamento ou outras fontes e referências bibliográficas, de forma organizada, contínua e sistemática, é valorizada e contribui para que a atualização dos profissionais, que atendem pacientes portadores de HIV/AIDS, não fique restrita aos momentos das capacitações.

Nos últimos anos, os profissionais que trabalham com paciente HIV/AIDS estão sendo estimulados a realizar o Curso de Mestrado em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais.

Não há recursos financeiros disponíveis para os profissionais do HUGG se capacitarem ou participarem de treinamentos e congressos.

O HUGG oferece material de consulta e textos técnicos e similares através de oferta ampla pelo Portal Periódico CAPES.

Frequentemente, o HUGG promove discussões de casos e condutas clínicas, semanalmente, mas apenas para pacientes internados.

14. OUVIDORIA

Sobre a participação institucional dos usuários e a interação serviço/ comunidade, dez (10) profissionais consultados contaram que o sistema de ouvidoria é a forma organizada para encaminhar as reclamações dos pacientes. Onze deles, no entanto, afirmaram não haver participação organizada dos pacientes no encaminhamento de soluções de problema. E outros oito (8) disseram que não existe integração rotineira desse serviço com outros órgãos ou instituições não diretamente vinculadas à saúde.

Duas importantes questões se colocam nessa relação entre serviços e comunidade: a participação da comunidade nos rumos do serviço, ou seja, em seu gerenciamento e organização; e o acesso dos usuários a espaços sigilosos para manifestação de queixas sem o receio de prejuízo de qualquer ordem[20].

O manual do QUALIAIDS, no capitulo de normas e critérios de qualidade e recomendações de boas práticas, recomenda que o serviço deva proporcionar diferentes

formas de capacitação e escuta de queixas e sugestões dos usuários, comprometendo-se,

além disso, em fazer uma devolução sobre a avaliação e encaminhamento dos problemas levantados[20.]

Os estágios e capacitações, assim, são dirigidos aos seus próprios alunos, porque este serviço faz parte de uma instituição de ensino. Neste contexto, alunos de graduação em medicina e enfermagem, residentes, pós-graduandos e mestrandos são treinados durante as consultas.

15. DISPONIBILIDADE DE RECURSOS

A assistência à saúde prestada aos que vivem com HIV/aids exige capacidade instalada de recursos humanos, materiais e físicos específicos e custosos. Estes recursos devem ser distribuídos da forma mais eficiente possível, o que implica submeter à descentralização a possibilidade de capacidade instalada. Enquanto a descentralização atende à necessidade de prover atenção mais próxima dos usuários, a capacidade instalada atende à necessidade de qualidade. Ambos os valores devem ser balanceados para que seja admissível apenas em casos excepcionais e temporários sacrificar a qualidade em favor da proximidade do serviço ao usuário[20].

DISPONIBILIDADE DE RECURSOS	**Recursos humanos**
	Medicamentos, Exames, Referências
	Acesso
	Infraestrutura básica

15.1 Recursos humanos

15.1.1 Capacitação e experiência dos infectologistas e clínicos

15.1.2 Qualidade e tempo de experiência

Avaliarmos também a capacitação e experiência dos médicos infectologistas e clínicos que trabalham na instituição. Oito (8) profissionais envolvidos na pesquisa

disseram que é semelhante o tempo médio de experiência em HIV/AIDS dos médicos infectologista,

e clínicos-gerais, responsáveis pelo segmento ambulatorial de rotina a pacientes com HIV/AIDS: todos os médicos tinham, à época da pesquisa, cinco (5) ou mais anos de experiência.

O tempo de experiência na assistência em AIDS está associado à qualidade técnica do cuidado. Assim é que são valorizados os serviços nos quais os profissionais médicos, infectologistas ou clínicos tenham tempo médio de cinco anos ou mais de experiência no acompanhamento de PVHIV.

15.1.3 Equipe de médicos.

A demanda de rotina do ambulatório de AIDS do HUGG é atendida por médicos do próprio serviço, que orientam os Médicos Residentes, Internos e outros alunos de graduação. No total, são 14 médicos, sendo 12 (doze) clínicos e dois (2) infectologistas. A equipe é formada, em sua grande maioria, por médicos altamente experientes, sendo que doze deles têm mais de cinco anos de experiência e alguns atuam na especialidade há mais de 30 anos. Por se tratar de Hospital de Ensino, e também que realiza internação de pacientes, os profissionais não são exclusivos para atividades ambulatoriais. Mas, contabilizamos 80 horas semanais de atendimento por clínicos e 32 horas por infectologista.

15.1.4 Número de médicos (infectologistas e clínicos)

Quanto ao número de médicos (infectologistas e clínicos), não houve qualquer consenso, por parte dos sujeitos da pesquisa, com relação à carga horária total semanal de infectologistas e clínicos que atendem os casos de HIV/AIDS. É sabido, no entanto, que o médico que dedica 20 horas semanais de sua carga exclusivamente à assistência de PVHIV, é capaz de acompanhar adequadamente até 150 usuários.

15.1.5 Número de profissionais não médicos.

15.1.6 Pessoal não médico

Com relação ao número de profissionais não médicos, é essencial valorizar a diversidade de profissionais na equipe, exigindo-se maior grau de dedicação (ou

exclusividade), por categoria, conforme aumente o número de pacientes acompanhados pelo serviço[20].

Quando interrogados sobre a disponibilidade dos profissionais responsáveis pelo atendimento ambulatorial de rotina dos pacientes com HIV/Aids, foi possível, a partir dos depoimentos, montar um quadro para expor de maneira didática a situação (Quadro I).

15.1.7 No HUGG, com relação ao atendimento multiprofissional de rotina aos pacientes com AIDS, observamos o quadro abaixo:

TABELA 3

Áreas de especialidade	**Número total de Profissionais**	**Número de profissionais que atendem HIV/Aids segundo a exclusividade**	
	A	**B - N.º Prof. Exclusivos**	**C - N.º Prof não exclusivos**
(1) Enfermeiro	0	0	0
(2) Psicólogo	2	0	2
(3) Dentista	0	0	0
(4) Farmacêutico	0	0	0
(5) Assist. social	0	0	0
(6) Auxiliar/técnico de enfermagem	2	0	2

15.1.8 Equipe multiprofissional.

Os serviços devem contar com equipes multiprofissionais habilitadas compostas por médicos infectologistas ou clínicos treinados, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentistas, farmacêuticos e técnicos de enfermagem. Essa equipe, acrescida de ginecologistas e pediatras, quando a demanda assim o indicar, deve ser entendida como a equipe mínima a ser constituída para atender as necessidades de assistência a PVHIV[20].

15.1.9 Perfil e formação dos gerentes

Com relação ao perfil e formação dos gerentes, quatro (4) dos profissionais entrevistados disseram que o gerente administrativo não tem formação para a atividade gerencial e três (3) que o gerente administrativo detém formação adquirida na especialização pública. Essa discrepância de ideias deixa claro o desencontro das respostas por parte da equipe quanto ao tema. Seis (6) profissionais respondentes ao questionário QUALIAIDS relataram que o coordenador técnico exerce suas atividades no serviço HIV/AIDS há mais de seis anos. Atualmente, o responsável por toda gerência do Ambulatório de HIV/AIDS é um médico clinico com mais de trinta anos de formado na própria instituição universitária onde exerce suas atividades. O profissional tem Mestrado em Saúde Pública Epidemiologia Geral pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (2004) e é Professor Adjunto da UNIRIO. A coordenação técnica da assistência deve ser conduzida por profissionais com formação técnica e experiência na área de atenção a PVHIV e com formação em gerência, preferencialmente por meio de especialização em saúde pública e/ou administração em saúde[48].

16. MEDICAMENTOS, EXAMES E REFERÊNCIAS

No HUGG, a orientação do uso de antirretrovirais é feita pelo médico, no mesmo dia, durante a primeira prescrição.

O controle da dispensação de medicamentos se dá através do SICLOM. Fica retida na farmácia a segunda via da receita médica.

No controle de dispensação dos antirretrovirais, os óbitos notificados são retirados do SICLOM a fim de atualizar as informações sobre o número de pacientes em uso de antirretrovirais.

No serviço de farmácia do HUGG não há falta de antirretrovirais

Na discussão sobre medicamentos específicos antirretrovirais e para infecções oportunistas, foi possível classificar os medicamentos com relação a sua disponibilidade nos últimos seis meses, após análise das respostas dos profissionais que responderam ao questionário QUALIAIDS. (Tabela 4).

Tabela 4: Classificação dos medicamentos com relação a sua disponibilidade nos últimos seis meses.

Medicamentos	**Não utilizado**	**Não disponível**	**Não faltou**	**Faltou: tempo médio de falta nos últimos 6 meses**		
	A	B	C	D) Até 15 dias	E) 16 a 30 dias	F) Mais de 30 Dias
(1) Azitromicina				X		
(2) Dapsona		*X*				
(3) Sulfadiazina				*X*		
(4)Sulfametoxazol-Trimetoprim				*X*		
(5) Cetoconazol		*X*				
(6) Fluconazol				*X*		
(7) Aciclovir comp				*X*		
(8) Pirimetamina				*X*		

Fonte: Respostas do Questionário QUALIAIDS.

Tabela 5 - Classificação dos antirretrovirais com relação a sua disponibilidade nos últimos seis meses.

Medicamentos	Não disponível/Não utilizado	Não faltou	Faltou: Tempo médio de falta nos últimos 6 meses			
	A	B	C) Até 7 dias	D) 8 a 15 dias	E) 16 a 30 dias	F) Mais de 30 dias
(1) Abacavir (ABC)comp. 300mg		X				
(3) Atazanavir (ATV) comp. 200 mg		X				
(4) Atazanavir (ATV) comp. 400mg		X				
(5) Didanosina EC comp.400mg		X				
(6) Didasona EC comp. 250mg		x				
(7) Efavirenz (EFV) 600mg		x				
(8) Enfuvirtida (T20) fr.amp.90mg	x					
(9) Lamivudina (3TC) comp.150mg		X				
(10) Lopinavir/r (LPV) comp. 200+5 mg		x				
(11) Nevirapina (NVP) 200mg		x				
(12) Ritonavir (RTV) comp.100mg		x				
(13) Saquinavir (SQV) cps. gelatinosas 200mg	x					
(14) Tenofovir (TFD) comp. 300mg		x				
(15) Zidovudina (AZT) comp. 100mg		x				
(16) Zidovudina (AZT) suspensão		x				
(17) Zidovudina (AZT) injetável		x				
(18) Zidovudina 300mg + Lamivudina 150mg		x				

Fonte: Respostas do Questionário QUALIAIDS.

O QUALIADIS preconiza ainda a disponibilização imediata de todos os medicamentos necessários para a profilaxia e tratamento das infecções oportunistas.

A disponibilidade desses medicamentos é baseada na pactuação de responsabilidades entre estados e municípios para a aquisição dos medicamentos para infecções oportunistas, requisito para habilitação e recebimento dos recursos que são repassados pelo Programa Nacional de DST e AIDS para os fundos de saúde estaduais e municipais[48].

16.1 Modalidades assistenciais e especialistas

Em relação às outras especialidades médicas, o HUGG oferece:

- ✓ Ginecologia
- ✓ Psiquiatria
- ✓ Neurologia
- ✓ Proctologia
- ✓ Cardiologia
- ✓ Oftalmologia
- ✓ Cirurgia Geral
- ✓ Psicologia
- ✓ Serviço social

Analisando as modalidades assistenciais e especialistas, foi possível também relacionar o acesso às modalidades assistenciais dirigidas ao cuidado dos pacientes com HIV/AIDS, que esse serviço dispõe, conforme a tabela III.

Tabela 6 – Relação entre o acesso às modalidades assistenciais dirigidas ao cuidado dos pacientes com HIV/AIDS, que esse serviço dispõe.

Modalidade Assistencial	**Disponível nesse serviço (A)**	**Disponível fora desse serviço**		**Não disponível (D)**
		Com facilidade (B)	Com dificuldade (C)	
(1)CTA/COAS	X			
(2) ADT				X
(3)HD-Hospital Dia	X			
(4) Internação convencional	X			
(5) Pronto-socorro (24horas)				X

Fonte: Respostas do Questionário QUALIAIDS.

Outra possibilidade que melhorou a visualização das respostas foi a questão do acesso e o tempo médio de espera para atendimentos nas especialidades. Essas informações permitiram a elaboração da tabela subsequente aqui reproduzida (Tabela IV).

A leitura da tabela indica que o tempo médio de atendimento é variável. Nas emergências clínicas, os pacientes matriculados com tratamento em curso são prontamente atendidos durante o expediente do ambulatório de imunologia e subsequentemente pelo plantão geral. A agilidade prevalece ainda que o HUGG não disponha de estrutura de pronto-atendimento.

Tabela 7 – O acesso e o tempo médio de espera para atendimentos nas especialidades.

ESPECIALIDADES	Não disponível	Disponível com tempo médio de espera para acesso de:				
	A)	B) até 15 dias	C) 16 a 45 dias	D) 46 a 60 dias	E) mais de 60 dias	F) imprevisível
(1) Ginecologia					X	
(2) Psiquiatria					X	
(3) Neurologia					X	
(4) Proctologia					X	
(5) Cardiologia					X	
(6) Oftalmologia					X	
(7) Cirurgia Geral					X	
(8) Odontologia					X	
(9) Psicologia		X				
(10) Serviço social		X				

Fonte: Respostas do Questionário QUALIAIDS

16.2 Encaminhamentos.

A maioria desses encaminhamentos é realizada para outras unidades do SUS onde, em geral, há uma “fila única”, na qual o critério de atendimento é a ordem de chegada dos encaminhamentos. Essa lógica deve ser discutida e analisada junto aos responsáveis

pelo gerenciamento desses serviços para que outros critérios, como de gravidade e urgência clínicos sejam considerados e adotados. Evidentemente, o serviço que encaminha deve avaliar rigorosamente essas condições e gerenciar um fluxo diferenciado com os serviços de apoio e de referência para os casos prioritários.

16.2.1 Exames laboratoriais e de imagem; concentração de exames de CD4 e carga viral

O serviço de laboratório de análise clínica do HUGG realiza a coleta de todos os exames. Em média, leva até sete (7) dias para liberar o resultado em ambulatório. Na enfermaria, são quatro (4) horas em média entre a coleta, a analise e o resultando, seguindo-se a impressão dos resultados. Os pedidos de urgência do médico são atendidos prontamente.

Os exames de imagens são realizados imediatamente, em casos de emergência. Os exames endoscópios são realizados conforme o tempo de preparo especifico e são feitos, em média, em até sete dias. O eletrocardiograma é realizado imediatamente, se necessário, ou em até sete dias no ambulatório. Os exames anatomo patológicos são feitos assim que o material é coletado e os resultados podem ser liberados de 15 a 30 dias, conforme as especificações.

Os exames de contagem de linfócitos T CD4 e CD8, bem como a carga viral do HIV, estão disponíveis. Normalmente, são realizados dois (2) exames por ano por paciente. A capacidade do HUGG é de realizar 2.000 exames por mês e, por isso, o hospital realiza exames para outras unidades de saúde.

A tabela apresentada na sequência diz respeito aos exames laboratoriais e de imagem, concentração de exames de CD4 e carga viral. A ferramenta relaciona a disponibilidade de exames com o tempo médio de espera para o resultado.

Tabela 8 – Relação entre a disponibilidade de exames e o tempo médio de espera para o resultado.

Exames	Não Disponível	Disponível com tempo médio de espera para o resultado de:					
	A)	B)Até 7 dias	C)8 a 15dias	D)16 a 30dias	E)31 a 45 dias	F)46dias ou mais	G)Imprevisível
(1) Amilase			X				
(2) Bilirrubina/frações			X				
(3) Colesterol		X					
(4) Creatinina		X					
(5) Glicose		X					
(6) TGO/TGP		X					
(7) Uréia		X					
(8) Triglicérides			X				
(9) Hemograma		X					
(10) Hemocultura Bactéria				X			
(11) Coprocultura				X			
(12) Urocultura				X			
(13) BAAR				X			
(14) PPD			X				
(15) Urina I/EAS (elementos anormais no sedimento urinário)			X				
(16) Parasitológico de fezes			X				
(17) Anti-HIV (Elisa)			X				
(18) Western-Blot			X				
(19) Imunofluor para HIV			X				
(20) S. Hepatite B			X				
(21) S. Hepatite C			X				
(22) S. Toxoplasmose				X			
(23) CD4/CD8			X				
(24) Carga Viral			X				

Fonte: Respostas do Questionário QUALIAIDS.

Tabela 9 – Relação entre a disponibilidade de exames e o tempo médio de espera para o resultado.

OUTROS EXAMES	Não disponível	Disponível com tempo médio de espera para o resultado de:					
	(A)	B) Até 7 dias	C) 8 a 15 dias	D) 16 a 30 dias	E) 31 a 45 dias	F) 46 dias ou Mais	G) Imprevisível
(1) Rx Tórax		X					
(2) Rx Seios da Face		X					
(3) Rx Abdome		X					
(4) EDA			X				
(5) USG			X				
(6) Tomografia							X
(7) Broncoscopia							X
(8) Colposcopia							X
(9) Anatomo Patológico		X					
(10) ECG		X					

Fonte: Respostas do Questionário QUALIAIDS.

Os exames utilizados para avaliar a indicação e o monitoramento da terapia anti-retroviral, realizar a vigilância da toxicidade medicamentosa e diagnosticar e tratar as doenças oportunistas são, em sua grande maioria, padronizados. Isso torna possível ao

gerente de qualquer formação profissional administrar seu fluxograma bem como supervisionar sua indicação[20].

Quanto à disponibilidade de cota para realização de exames de CD4, cinco entrevistados disseram que mais de três exames são feitos por paciente ao ano. Já sete dos participantes relataram que a disponibilidade de cota para realização de exames de carga viral é, aproximadamente, de mais de três exames por paciente/ ano.

Os profissionais que responderam ao questionário QUALIAIDS foram unânimes em afirmar que, muitas vezes, as “cotas” desses exames não são utilizadas na sua totalidade. Isso pode acontecer por falhas na indicação médica oportuna ou devido a usuários que não comparecem ao agendamento. Cabe à gerência, então, auxiliar os médicos no controle do agendamento rotineiro, estabelecer um acordo com o laboratório para que seja possível “encaixar” exames realmente urgentes nas vagas decorrentes de faltas ou realizar alguns exames além da cota, caso não tenha havido nenhuma abstenção[20].

17. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO.

Perguntados sobre horário e funcionamento do serviço, oito dos respondentes ao questionário QUALIAIDS falaram que o ambulatório de HIV/Aids está aberto ao público durante cinco (5) dias da semana. Oito dos pesquisados disseram que o mesmo ambulatório fica aberto ao público ao longo de oito horas diárias.

Segundo o QUALIAIDS, além de estar aberto ao público o maior tempo possível, o serviço deve se articular com outras unidades de saúde de funcionamento contínuo (pronto atendimento, pronto socorro, hospitais). O objetivo é garantir o atendimento, caso haja necessidade, nos horários em que o serviço encontra-se fechado[10].

17.1 Agendamento.

Por unanimidade, todos os profissionais que responderam ao questionário QUALIAIDS informaram que as consultas médicas são agendadas para todos os pacientes no início do turno.

O agendamento das consultas e atendimentos com hora marcada para cada paciente é uma forma de evitar longos períodos de espera e demonstra respeito ao usuário.

Quanto ao local de dispensação de antirretrovirais, as respostas obtidas foram vagas, confusas ou não foram respondidas. Alguns dos entrevistados informaram que o procedimento ocorre na farmácia do hospital, outros em postos de saúde e uma parcela do universo pesquisado simplesmente não sabe onde e como são distribuídos os medicamentos. É preferível, em nosso modo de ver, que os ambulatórios de assistência a PVHIV sejam unidades dispensadoras de antirretrovirais.

18. COLETA DE EXAMES

A investigação sobre a coleta de exames coletou as seguintes informações. Sete (7) dos entrevistados assinalaram que o serviço coleta todos os exames laboratoriais. Desde que seja possível contar com ótimas condições técnicas, a coleta do maior número possível de exames no próprio serviço facilita o acesso e o vínculo do usuário ao serviço.

Analisando a estrutura física e a biossegurança, com unanimidade, todos os profissionais submetidos ao questionário QUALIAIDS descreveram o acesso a este serviço como localizado em região de fácil disponibilidade de transporte.

18.1 Acidentes com material biológico.

Em caso de acidente com material biológico, o funcionário é atendido no próprio serviço para orientações e conduta até duas horas após o acidente. Existe, aliás, um fluxo estabelecido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) a respeito de ocorrências dessa natureza. Muitos profissionais já receberam treinamento específico nos procedimentos a serem seguidos nos casos de exposição ocupacional.

O acondicionamento dos resíduos ou lixo contaminado é realizado por profissionais terceirizados, com supervisão.

Nos cuidados com a biossegurança, dez (10) dos respondentes ao questionário QUALIAIDS falaram que em caso de acidente com material biológico a conduta é a

seguinte: o funcionário é atendido no próprio serviço para orientações e conduta até duas

horas após o acidente. Para outros cinco (5) entrevistados, a equipe já recebeu treinamento especifico nos procedimentos a serem realizados nos casos de exposição ocupacional. Perguntados sobre o acondicionamento dos resíduos ou lixo contaminados, cinco (5) profissionais disseram que a tarefa é desempenhada por profissionais do serviço treinados para esse fim.

Para o QUALIAIDS, a ocorrência de acidentes por exposição ocupacional é minimizada pela utilização das medidas universais de precaução em biossegurança. Entre elas, a capacitação especifica dos profissionais que trabalhem com o acondicionamento de resíduos, lixo contaminado ou hemoderivados[10].

19. CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz dos depoimentos colhidos nesta pesquisa e da literatura disponível sobre o tema, construímos, ao fim deste trabalho, uma linha de cuidados capaz de garantir os fluxos assistenciais seguros e garantidos aos usuários. Nossa intenção, assim, é fazer com que as informações e subsídios aqui contidos contribuam, de alguma forma, com o aperfeiçoamento do serviço prestado aos usuários do HUGG, mediante a melhoria do atendimento às suas necessidades de saúde.

19.1 Linha de Cuidados

A linha de cuidado prestado aos portadores do HIV/Aids é diferente dos processos de referência e contra referência, muito embota os inclua também. Ela se diferencia na medida em que não funciona apenas por meio dos protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando todo o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços que necessita[24].

A Linha de Cuidado incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação. Proporciona também o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela Estratégia Saúde da Família e outros dispositivos como o Programa de Atenção Domiciliar, até os de alta complexidade hospitalar. A Linha de Cuidado requer ainda uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais.

O cuidado integral, assim, é pleno, feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do seu problema de saúde[24].

A Linha do Cuidado só cuida de fato do usuário se os serviços de saúde organizarem seus processos de trabalho, de modo que haja o Acolhimento dos usuários pelos trabalhadores (profissionais). Isso significa atender bem, fazer uma escuta qualificada do seu problema de saúde, resolver e, se necessário, fazer um encaminhamento seguro. Tudo isso só será possível se esta rede estiver operando com base na Linha do Cuidado. É necessário que os trabalhadores do setor não só estabeleçam vínculo com os usuários, no sentido de acompanhar seus processos por dentro da rede, mas se responsabilizem, de maneira a facilitar o seu "caminhar na rede" para o atendimento de suas necessidades.

Tudo isto significa que é necessário organizar os processos de trabalho, isto é, o modo como cada um trabalha, para que estas diretrizes se tornem rotina nas práticas dos profissionais. O processo de trabalho é a chave da questão porque é através dele que se produz o cuidado aos usuários.

19.2 Linha de Cuidado Integral

Ela funciona com base nos Projetos Terapêuticos, ou seja, o que queremos dizer é que o Projeto Terapêutico aciona e dispara a Linha do Cuidado. O Projeto Terapêutico é o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco. O risco não é apenas clínico, é importante enfatizar isto. Ele também é social, econômico, ambiental e afetivo e, por isso, exige um olhar integral sobre o problema de saúde. Quem se debruça sobre o tema e/ou atua no setor deve necessariamente considerar todas estas variáveis na avaliação do risco. É com base no risco que se define o Projeto Terapêutico e a partir deste último o trabalhador de saúde vai orientar o usuário a buscar na rede de serviços os recursos necessários ao atendimento de sua necessidade. A Linha de Cuidado Integral organizada, assim, faz com que o serviço de saúde opere centrado nas necessidades dos usuários, e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o seu acesso.

O mais importante é o pacto entre os gestores das Unidades de Saúde e entre os gestores municipais, de acordo com a regionalização da rede assistencial. É necessário que haja um acordo de funcionamento, feito por todas as chefias, coordenações e gerências. Esse entendimento está relacionado aos fluxos entre os que coordenam as Unidades de Atenção Básica, a rede de apoio diagnóstico e terapêutico, os serviços de urgência e hospitalares, assim como as áreas meio da Secretaria de Saúde.

A compreensão de que os serviços de saúde devem se organizar centrados no usuário é essencial. Este princípio deve nortear o pacto que vai garantir que o fluxo dos diversos serviços funcione de forma harmônica e tranquila, assegurando o acesso aos usuários. Um pacto interno de gestão é, portanto, fundamental neste processo[23,24].

Destaco aqui também o "Manual de normas e critérios de qualidade: recomendações de boas práticas". Aplicado no atendimento aos pacientes portadores de HIV/AIDS, esse documento estabelece um padrão de qualidade de alto nível e torna possível a aplicação integral da linha de cuidado passo a passo. O Manual de normas e critérios de qualidade: recomendações de boas práticas integra o caderno Qualiaids Série A. Normas e Manuais Técnicos 2008 [20].

Durante a realização do Trabalho de Campo, assumimos o desafio de buscar o envolvimento de profissionais da equipe multiprofissional e em diferentes níveis hierárquicos, do ambulatório de HIV/Aids do HUGG. Partimos do princípio segundo o qual por meio da fala desses sujeitos seria possível cumprir os objetivos da pesquisa: ser o mais fiel possível no diagnóstico situacional do serviço. Afinal de contas, são esses profissionais que, diariamente, constroem esta assistência tão essencial e fundamental à população em foco.

Consideramos, sem dúvida que o grande facilitador, durante todo o transcurso do trabalho, foi o **QUALIAIDS – Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS/2008** [20].

1. O QUALIAIDS mostrou-se bastante eficaz durante todo o processo. Constatamos que na medida em que o questionário ia ficando mais especifico e mais familiarizado com a organização da assistência, com o gerenciamento técnico do trabalho e a disponibilidade de recursos.

2. O trabalho também ficava mais produtivo e fiel à realidade do serviço, com o surgimento de mais ideias e debates indutores de mudanças e melhorias.

O desenvolvimento do tema **Diagnóstico Situacional do Ambulatório HIV/Aids do HUGG** deu-me a oportunidade, enquanto mestrando, de articular muitos dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso com a prática no ambiente hospitalar. Motivado pelos permanentes objetivos **do fazer acontecer** e a consequente transformação da realidade em prol da melhoria das instituições e das relações humanas.

As respostas da equipe de profissionais que responderam ao questionário nos permitiram também, no decorrer da pesquisa, identificar os pontos fracos e fortes dispostos no conteúdo da tese. Assim foi que comprovamos, de fato, a existência de uma regular estrutura de serviço composta por profissionais qualificados que atendem no ambulatório HIV/Aids. Constatamos, no entanto, que tanto a quantidade de funcionários em atividade quanto a ausência de alguns profissionais comprometem a assistência prestada. Outra carência é a precariedade dos encaminhamentos a outros profissionais dos quais o paciente venha a precisar.

Outro aspecto importante levantado foi a necessidade de treinamentos, capacitações e atualizações sinalizada em diversas ocasiões pelos próprios membros da equipe. O corpo de profissionais também apontou a contratação de pessoal para melhorar o atendimento das reais e potenciais necessidades da população atendida.

Demos ênfase neste levantamento também às chamadas atividades educativas desenvolvidas com pacientes. Essas atividades deveriam ser promovidas com mais frequência, ser mais bem organizadas, planejadas, desenvolvidas e avaliadas. Isso aumentaria, seguramente, a qualidade de um serviço que é uma referência no setor, conforme classificamos ao longo deste trabalho.

Quando articulamos a proposta de um "novo" planejamento, estamos falando de um planejamento realista, integral e potente. Capaz de facilitar o diálogo entre o gerente/administrador do serviço e os profissionais. Para tanto, fundamentamos essa premissa a partir do conceito da razão técnico-científica de recursos escassos e em critérios de eficiência e eficácia.

A principal inovação, o grande desafio, o eixo da proposta é a melhoria das práticas de trabalho. Nesse sentido, sabemos também que manuais de procedimentos não criam ou implementam por si só novas práticas que, por sua vez, são moldadas pela cultura organizacional. No entanto, qualquer reforma organizacional é sujeita a desconfianças, resistências e é quase sempre conflitante, exigindo, assim, uma estratégia para sua implantação.

A conclusão a que chegamos neste trabalho é que existe um serviço bem estruturado, com profissionais qualificados, porém com equipe multiprofissional incompleta e com escassez de educação continuada.

Sabemos que a problematização melhora os processos de trabalho, é participativa, cooperativa e exige um percentual elevado de tempo gasto com atividades de ordem prática. Isto porque, para se construir um novo conhecimento capaz de ser utilizado como modificador da realidade institucional, é fundamental que os profissionais tenham a certeza da sua efetiva utilização nos locais de trabalho.

A conclusão da proposta aqui formulada é a necessidade urgente de uma reforma estrutural, atendendo a RDC 307 da Anvisa, de 14/11/2002. De acordo com a regulamentação, é necessária a elaboração de projetos físicos que transformem o ambulatório **exclusivo para o atendimento de HIV e AIDS**, realocando, para tanto, espaços para o ambulatório de Hematologia, Alergia e Reumatologia. Objetiva-se com isso maior qualidade no atendimento ao paciente, melhoria das condições de trabalho da equipe de saúde, criação de ambientes propícios ao ensino da prática profissional, a adequação à legislação vigente e a oferta de mais serviços.

A preparação de um projeto para reforma e ampliação da área ambulatorial de HIV e AIDS deve ser orientada por um projetista junto com uma pesquisa de campo com usuários. A finalidade é chegar-se a um diagnóstico local que considere a opinião de pacientes e funcionários frente a suas dificuldades, de maneira a viabilizar o atendimento às demandas da área ambulatorial com soluções globais. Com a chefia atendendo a RDC 307/2002 e suas atualizações.

O projeto em questão deve ser finalizado com um memorial descritivo que atenda a legislação atual e proponha grandes intervenções, como, por exemplo, a adequação de

espaço para pessoas com necessidades especiais (PNE), de acordo com a NBR 9050/2004. A informatização de todo o sistema de informação, antecipando a implantação do prontuário eletrônico. A criação de balcões informativos visando à orientação dos pacientes e o controle e limitação do fluxo nas áreas dos ambulatórios. O projeto deve prever também a criação de uma área central de espera, determinando aos corredores a função exclusiva de circulação, e a criação de conexões com o exterior viabilizando uma rota de fuga alternativa. Um conjunto de apoio para a equipe de saúde, que inclua vestiários, sanitários masculino e feminino para equipe e para pacientes também deve ser criado. Finalmente, o projeto deve viabilizar não só a criação de ambientes compartilhados de reunião e discussão de casos clínicos; mas um conjunto de ambientes destinados a salas de enfermagem, de inalação, de medicamento, de serviços e expurgo central.

A problematização, responsável pela melhoria dos processos de trabalho, é participativa e cooperativa e, por isso, deve exigir um percentual elevado de tempo gasto com atividades de ordem prática. A razão é simples: para se construir um novo conhecimento, capaz de ser utilizado como modificador da realidade institucional, é fundamental que os profissionais tenham a certeza da sua efetiva utilização nos locais de trabalho[5, 6].

Toda essa mudança estrutural agregará valores à assistência, que também pode ser contemplada com a inclusão das demais Escolas da UNIRIO, visando uma assistência global aos nossos PVHIV

É necessário assinalar aqui que a falta de um pacto de assistência aos enfermos à luz das diretrizes do SUS, em especial a oferta de vagas para o Sistema de Regulação da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, significa um obstáculo, compromete qualquer melhoria e, por isso, necessita ser urgentemente resolvida.

20. CONCLUSÃO

Ao finalizar essa dissertação, concluo que a partir da análise das respostas do questionário QUALIAIDS é possível obter melhorias significativas no atendimento aos pacientes portadores de HIV/AIDS. Depreendo ser viável a adoção de medidas administrativas com o devido apoio da Direção da Unidade, aplicando-se, para tanto, as

metodologias das Normas e critérios de qualidade e recomendações de boas práticas que consta no manual QUALIAIDS. Uma das providências mais imediatas seria dotar o serviço de uma equipe de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem exclusivos do ambulatório de imunologia. Essa equipe de profissionais de enfermagem deve ser liderada por um Enfermeiro com perfil administrativo, que seja um educador por formação profissional e tenha experiência assistencialista. Essas qualidades, acrescidas da experiência de bom gestor, certamente assegurariam um avanço qualitativo na assistência aos pacientes. Uma mudança gerencial desta natureza sem dúvida promoveria a reforma estrutural do ambiente relatado ao longo deste trabalho. Criar-se-iam, assim, as condições necessárias para a aplicação da linha de cuidados integral e a consequente melhoria dos serviços prestados por uma instituição que é referência no setor. A propósito, cito um conhecido ditado relacionado ao serviço público segundo o qual “não há nada tão complicado que não possa piorar”. Aqui, no caso do HUGG, é possível inverter seus termos e afirmar que não há nada tão bom que não possa ser melhorado.

21. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SALDANHA, AAW. FIGUEIREDO, MAC. COUTINHO, MPL (2005). Aids: trajetória e tendência da epidemia - a legitimação de um universo simbólico. Em M. da P. de L. A. A. W. Coutinho & Saldanha. Representações sociais e práticas em pesquisa (pp. 153-172). João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.

2. MACHADO, CV. (2006). Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. Rev Panam Salud Publica, 20(1): 44-49.

3. OLIVEIRA, AML. GUIRARDELLO, EB. (2006). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. Rev. Esc. Enferm. USP; 40(1): 71-77.

4. ALVES, MT. (2003) Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV e AIDS no Sistema Único de Saúde: avaliação no Maranhão Tese de doutorado - Universidade de São Paulo.

5. MELCHIOR R, NEMES MIB, BASSO CR, CASTANHEIRA ERL, ALVES MTSB, BUCHALLA CM, DONINI AA. (2006). Equipe QUALIAIDS. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. Saúde Pública, São Paulo, 40(1).

6. CASTANHEIRA, ER. (2002). Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/aids em serviços públicos no Estado de São Paulo: relação entre qualidade e organização de processo de trabalho. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo.

7. COLOMBRINI MRC. (2006) Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. Rev. Esc. Enferm. USP.40(4):576-81.

8. NEMES, MIB. (2013). Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids no Brasil: estudo comparativo 2001/2007. *Rev. Saúde Pública*. vol.47, (1):137-146.

9. NEVES MAB. (2010). Avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde: um enfoque baseado no valor para o paciente. Disponível em:<http://www.repositorio.seap.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_9/avaliacao_da_qualidade_da_prestacao_de_servicos_de_saude.pdf>.acesso em 01/09/2015.

10. BRASIL, 2008 Avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/Aids no SUS – QUALIAIDS. Relatório 2007/2008. Brasília, 2008.

11. NEMES MI et al. (2004) Avaliação da qualidade da assistência no programa de Aids: questões para investigação em serviços de saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 20.(2):310-321.

12. UCHIMURA K, BOSSI ML. (2002) Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública.18(6):1561-1569.

13. NEMES MIB, ALENCAR TMD. (2008). Qualidaids: avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/Aids: relatório 2007/2008. Brasília (DF). Ministério da Saúde.

14. DONABEDIAN A. (2000). The Seven Pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med.114:1115-1119.

15. STONE VE, JORDAN J, TOLSON J, MILLER R, PILON T. (2004). Perspectives on adherence and simplicity for HIV infected patients on antiretroviral therapy: self-report of the relative importance of multiple attributes of highly active antiretroviral therapy (HAART) regimens in predicting adherence. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.36(3):808-816.

16. SANTOS BRL, MENDES EEM.(1983). Programa de assistência de enfermagem a clientes portadores de danos cardiovasculares, no ambulatório de um hospital geral e de ensino de Porto Alegre-RS. Rev Bras Enfermagem. 36:274- 81.

17. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986.

18. JACQUES, EJ.; GONÇALO, C R. (2007). Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. Revista de Administração e Inovação. São Paulo. 4(1):106-124.

19. Carneiro, AJS, Coelho, EAC. (2010). Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. Ciência & Saúde Coletiva, 15(1):1217-1226.

20. BRASIL, 2008. Avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/Aids - QUALIAIDS relatório 2007/2008. Brasília, 2008. www.aids.gov.br.

21. BRASIL, Ministério da Saúde (2005). Boletim epidemiológico - Aids e DST. Brasília: Ano II, n. 1, 1ª-26ª semanas epidemiológicas, jan.-jun. de 2005.

22. Ministério da Saúde. Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975.

23. CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E.; " A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar", Campinas (SP), 2003. (mimeo).

24. FRANCO, T.B e Magalhaes Jr., H. A Integralidade e as Linhas de Cuidado; in Merhy, E. E. ET AL, O Trabalho em Saúde: Olhando e Experimentando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.