



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE

**AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS  
ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

ANDRESSA WANNESKA MARTINS DA SILVA

ORIENTADORA: PROFA. MSc. MICHELINE MARIE MILWARD DE AZEVEDO  
MEINERS

BRASÍLIA

2014

ANDRESSA WANNESKA MARTINS DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS  
ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Monografia de Graduação submetida à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Bacharel em Farmácia.

---

ORIENTADORA: PROFA. MSc. MICHELINE MARIE MILWARD DE AZEVEDO  
MEINERS

BRASÍLIA

2014

Nome: SILVA, A. W. M.

Título: Avaliação da linha de cuidado das pessoas vivendo com HIV/Aids atendidas no Hospital Universitário de Brasília

Monografia de Graduação submetida à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília e aprovada como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Bacharel em Farmácia.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: Brasília

### **BANCA EXAMINADORA**

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> MSc. Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners

Instituição: Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Assinatura:

Nome: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Inês de Toledo

Instituição: Universidade de Brasília – Faculdade de Ciências da Saúde,  
Departamento de Farmácia

Assinatura:

Nome: Prof. Dr. José Antonio Iturri de La Mata

Instituição: Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Assinatura:

## **DEDICATÓRIA**

Deus... A Você que me esclarece com sua perfeita Vontade e me faz começar e permanecer sem cambalear. Pai... A você que com força e suavidade tão próprias em tudo me incentiva. Mãe... A você que com diligência e fé dá um pulso enérgico para os meus quereres... Obrigada por tanto bem. Eu amo vocês.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecer... É um gesto tão simples, mas que enobrece qualquer alma, mesmo aquelas que nem sabiam que eram dignas de um coração grato. Portanto, é a vocês que dirijo esta sincera escrita...

Deus... Você sempre virá em primeiro lugar, assim como um dia decidi me colocar em primeiro também. Sei que palavras não O compensarão por todo o sofrimento naquela cruz, mas a vida que o Senhor me deu e tudo o que se relacione a ela eu quero dedicar a Você diariamente.

Pai... Obrigada por todo amor e apoio desde sempre. Sem sua vida abençoando a minha, o meu bem-estar estaria comprometido. Obrigada por cada sorriso que me fez sorrir com sua graça mais engraçada.

Mãe... Você é significado de amor e foco. Obrigada por me ensinar a disciplina de fazer com qualidade e dedicação o que tiver que ser feito. Obrigada por cada refeição quentinha que me levou no quarto enquanto eu estudava e por todo e tanto de cada cuidado.

Meus queridos irmãos... Só tenho uma coisa para dizer: Obrigada por fazer parte do meu mundo.

Lis e Tata... Porque conhecê-las e ter sua amizade é preciosidade do Pai, obrigada.

Thaís... Obrigada por sua bênção de amizade e seu apoio. Deus é mesmo lindo!

Farmalindas... Obrigada por se partilharem comigo. O aprendizado que tive ao seu lado nesses anos foi imensurável.

Professora Micheline... Obrigada pela paciência, suporte e até pelos socorros prestados nestes meses de trabalho. Sem a sua assistência, certamente, eu teria perdido muitas experiências acadêmicas e de vida neste ano. Você é a melhor orientadora do mundo!

A todos os professores da FCE que por todos esses anos partilharam seu conhecimento comigo, aos que contribuíram para a realização deste trabalho, do liberar de um "Vai dar tudo certo!" até os que colaboraram diretamente com a pesquisa... Muito obrigada.

Nem tudo pode ser compreendido.

Nem sempre nós podemos falar de tudo.

Mas se sobre o que compreendemos, falarmos e praticarmos em verdade, o incompreensível tem grandes motivações de deixar de ser, porque é essencial que a mudança, de fato, traga mudança.

*(Andressa Wanneska M. da Silva)*

## RESUMO

A síndrome da imunodeficiência adquirida é uma doença infecciosa que no decorrer dos últimos anos, devido à efetividade da terapia antirretroviral, se estabeleceu como condição crônica. O modelo de atenção à saúde para estas condições exige uma organização dos sistemas de saúde que ofereçam integralidade aos usuários, o que se dá com a implantação do Modelo de Cuidados Crônicos (MCC), em especial, com a estruturação de linhas de cuidado adequadas. O objetivo deste trabalho foi identificar, descrever e avaliar a linha de cuidado das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) atendidas no Hospital Universitário de Brasília (HUB). Foram realizadas entrevistas com informantes-chave dos quatro pontos de atenção identificados e a Direção do hospital entre julho e outubro de 2014. Foi aplicado o questionário “Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas” (ACICC) para qualificar os cuidados prestados às PVHA. O Com-vivência, com o cuidado psicossocial, absorve a demanda espontânea para testagem e aconselhamento. O CPA e o ambulatório absorvem as referências de outros hospitais. A partir da porta de entrada, o usuário é referenciado para os PAs identificados conforme demandas e necessidades. O cuidado prestado, de acordo com o resultado do ACICC foi considerado básico. As diferentes portas de entrada e serviços oferecidos pelo HUB fazem com que o modelo de cuidado adotado ofereça integralidade; entretanto, faltam coordenação e organização dos serviços, impedindo uma melhor oferta de cuidados efetivos e resolutivos à PVHA com vistas à integralidade. Este estudo poderá contribuir para futuras intervenções de melhoria do cuidado às PVHA.

**Palavras-chave:** linhas de cuidado; integralidade; Modelo de Cuidado Crônico; ACICC; PVHA.

## ABSTRACT

The acquired immune deficiency syndrome is an infectious disease that in the course of time, because of the effectiveness of anti-retroviral therapy, has established itself as chronic illness. The healthcare model for these conditions demands a health system organization that offers integral care for the users, which is possible with Chronic Care Model implementation, specially, by redesigning lines of care adequately. The aim of the present study was to identify, describe and assess the line of care for people living with HIV/Aids (PLHA) assisted at the Hospital Universitário de Brasília (HUB). A series of interviews was done with key informants from the four identified points of care and the hospital administration between July and October of 2014. A questionnaire called Assessment of Chronic Illness Care was also applied to qualify the care offering for PLHA. The Com-vivência, which provides psychosocial care, meets spontaneous demands for counseling and HIV testing. The emergency room and the ambulatory absorb the referrals from other hospitals. From the entry doors, the user is referenced to the identified points of care according to his demands and needs. The HUB care offering was considered basic by ACIC. The different entry doors and the hospital services can offer an integral care model; however, there is a lack of services coordination and organization impeding the resolute and effective care for PLHA. This study may support future interventions in the improvement of PLHA care in the HUB.

**Keywords:** lines of care; delivery system design; integral care; Chronic Care Model; ACIC; PLHA.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - O Modelo de Cuidado Crônico (MCC).....	18
Figura 2 - A estrutura operacional das redes de atenção à saúde.....	23
Figura 3 - O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	25
Figura 4 - O processo de busca, seleção e inclusão dos estudos.....	35

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1- Escore médio final do ACICC por componente do modelo no HUB – 2014.....	47
Gráfico 2 - Comparação do escore final do ACICC entre a direção do HUB e os pontos de atenção por componente do modelo no HUB.....	48

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Descrição do estudo incluído na revisão.....	36
Quadro 2 - Avaliação da Capacidade Institucional do HUB para a atenção às PVHA considerando cada aspecto fundamental da atenção às condições crônicas.....	49
Quadro 3 - Indicadores com capacidade limitada no HUB.....	52

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACICC – Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS – Atenção Primária a Saúde

AWMS – Andressa Wanneska Martins da Silva

CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação

CPA – Centro de pronto-atendimento

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

Decs – Descritores em Ciências da Saúde

DF – Distrito Federal

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DIP – Doenças Infecto-parasitárias

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ELISA – Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HUB – Hospital Universitário de Brasília

ICIC – Improving Chronic Illness Care

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LACEN- DF – Laboratório Central de Saúde Pública do DF

MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas

MCC – Modelo de Cuidado Crônico

MEC – Ministério da Educação

MPR – Modelo da Pirâmide de Riscos do Instituto Kaiser Permanente

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PA – Ponto de atenção

PVHA – Pessoa Vivendo com HIV/ Aids

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia antirretroviral

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

UnB – Universidade de Brasília

WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

### **1. INTRODUÇÃO 14**

1.1 MODELO DE CUIDADO CRÔNICO (MCC) 16

**1.1.1 Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas (ACICC) 20**

1.2 BRASIL: DO MODELO “TRADICIONAL” AO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC) 21

1.3 LINHAS DE CUIDADO: O CONCEITO 26

### **2. OBJETIVOS 29**

**2.1 OBJETIVO GERAL 29**

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 29

### **3. METODOLOGIA 30**

3.1 DA REVISÃO DA LITERATURA 30

**3.1.1 Critérios de elegibilidade 30**

**3.1.2 Fontes de informação 30**

**3.1.3 Estratégia de Busca 31**

**3.1.4 Seleção de estudos e processo de coleta de dados 31**

3.2 DAS ENTREVISTAS E APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ACICC 31

**3.2.1 Entrevistas semiestruturadas áudio-gravadas 32**

**3.2.2 Aplicação do questionário ACICC 33**

### **4. RESULTADOS 34**

4.1 REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE AS LINHAS DE CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS (PVHA) 35

4.2 DAS ENTREVISTAS 37

**4.2.1 De onde vem e por onde entra o usuário? 37**

**4.2.2 Por onde anda o usuário? 39**

**4.2.3 Para onde vai o usuário? 45**

4.3 DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (ACICC – VERSÃO 3.5) 47

### **5. DISCUSSÃO 53**

## **6. CONCLUSÃO 61**

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 63**

APÊNDICE A - Roteiro Semiestruturado para Linhas de Cuidado das Pessoas Vivendo com HIV/ Aids 68

ANEXO A- Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas – PVHA (ACICC – versão 3.5) 72

ANEXO B - PARECER DO PROJETO AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE E SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PVHA ATENDIDAS NO HUB 83

## 1. INTRODUÇÃO

Em 2012, havia aproximadamente 35 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) no mundo, um aumento de 17% desde 2001 (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2014a). Quanto às novas infecções, houve redução de quase 35% em adultos e de pouco mais de 50% em crianças no mesmo período (UNAIDS, 2013).

Em 2013, somente quase 35% dos infectados tinham acesso à terapia antirretroviral (TARV), mesmo que tal acesso tenha aumentado 40 vezes desde 2002 (UNAIDS, 2013). Em 2011, nos países de baixa e média renda, 54% das pessoas elegíveis recebiam a TARV. A maior cobertura ocorreu na América Latina, Caribe e Oceania, com 68%, 67% e 69%, respectivamente. Já na África Subsaariana, a cobertura foi acima da média global (56%). Porém, há uma baixa cobertura nos países do Oriente Médio, da África do Norte, da Ásia Central e da Europa Oriental (UNAIDS, 2012).

Quanto às mortes por causas relacionadas à Aids, houve redução de um pico de 2,3 milhões em 2004 para 1,6 milhões em 2012 (UNAIDS, 2013). Também, entre 2001 e 2011, a incidência de HIV caiu em mais de 25% em 39 países, dos quais 23 são da África Subsaariana, onde as novas infecções em 2011 foram 25% menores do que em 2001 (UNAIDS, 2012). Outro aspecto importante diz respeito ao financiamento de programas relacionados ao HIV. Entre 2011 e 2012 houve um aumento de 10% do financiamento (UNAIDS, 2013).

Esses dados podem refletir o declínio de novos casos de infecção desde o pico em 1997, a expansão do acesso à TARV e, principalmente, a melhoria do cuidado às PVHA (WHO, 2014b).

Todavia, apesar dos dados sugerirem uma resposta favorável contra a epidemia, em algumas regiões a infecção por HIV continua a ser motivo de preocupação. No Oriente Médio e na África do Norte, o número de novas pessoas infectadas subiu mais de 35% desde 2001. Na Ásia Central e na Europa Oriental, a incidência do HIV, depois de anos estável, começou a se elevar no final dos anos 2000 (UNAIDS, 2012). A África Subsaariana continua sendo a região mais afetada com um a cada 20 adultos infectados (5%), assumindo 71% do total global de PVHA

(WHO, 2014a). Depois da África Subsaariana, o Caribe, a Europa Oriental e a Ásia Central são as regiões mais gravemente afetadas com 1% de sua população adulta infectada pelo HIV em 2011 (UNAIDS, 2012).

No cenário brasileiro, dados de junho de 2012, apontam que havia aproximadamente 660 mil PVHA. No Sudeste, a taxa de incidência reduziu de aproximadamente 23 para 21 casos por 100 mil habitantes no período de 2001 a 2011. Enquanto isso, nas outras regiões do país, a taxa de incidência aumentou (Ministério da Saúde [MS], 2012).

No Brasil, os homens ainda são a maioria dos casos da doença, mas essa diferença está diminuindo. Em 1989, eram seis casos de Aids em homens para cada caso em mulheres. Em 2011, a razão de sexos foi de quase dois casos em homens para cada caso em mulheres. A faixa etária mais incidente de Aids é a de 25 a 49 anos, em ambos os sexos. A taxa de mortalidade da doença caiu de 6,3 para 5,6 por 100 mil habitantes em 2011 (MS, 2012).

O país tem investido em medidas preventivas, como a distribuição gratuita de preservativos no Sistema Único de Saúde (SUS), que cresceu mais de 45% entre 2010 e 2011 (MS, 2012). Nota-se também que desde a introdução da TARV em 1996, houve melhoria no prognóstico para as PVHA, o que traz uma demanda emergente por uma atenção à saúde voltada não mais a episódios agudos, mas a uma condição cronicada (TEIXEIRA, 2014).

Sabe-se que os sistemas de saúde se organizam em modelos de atenção para a prestação de serviços de saúde à população (MENDES, 2010).

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. (MENDES, 2010, p. 2302).

Como definido por Mendes (2010, p. 2302), os modelos de atenção à saúde são estruturados para atender fatores relacionados à saúde, à situação socioeconômica da população, assim como interesses políticos e econômicos. Todavia, quanto à efetividade dos modelos atuais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003) afirmou o seguinte:

Os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas

agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 2003, p. 33,34).

Portanto, as condições crônicas (de curso mais ou menos longo e que exigem uma resposta proativa do sistema de saúde com cuidados integrados e contínuos) vêm predominando em relação às condições agudas (de curso curto que exigem uma resposta mais reativa e episódica) (MENDES, 2010). Assim sendo, um sistema de saúde que responde basicamente às condições agudas e às agudizações das condições crônicas não pode responder adequadamente às condições crônicas (OMS, 2003; MENDES, 2010). Por isso, faz-se necessária a construção de modelos de atenção à saúde que deem ênfase ao atual contexto sanitário.

Considerando que ainda não há cura para o HIV, essa doença se configura como uma enfermidade crônica transmissível e exige um modelo de cuidado à saúde efetivo, integral e de qualidade (PALÁCIO et al., 2012).

Este trabalho pretende discorrer sobre um modelo de atenção à saúde para PVHA e a ferramenta que permite a avaliação da capacidade institucional para a construção de uma proposta visando à melhoria do cuidado em saúde a estas pessoas no Brasil. Este modelo de atenção será pensado para atender às necessidades do SUS, utilizando o conceito de linhas de cuidado, uma proposta alternativa ao modelo de atenção às PVHA vigente no Brasil.

## 1.1 MODELO DE CUIDADO CRÔNICO (MCC)

Na década de 90, nos Estados Unidos foi elaborado o *Chronic Care Model*, Modelo de Cuidado Crônico (MCC), pela equipe do *MacColl Institute for Healthcare Innovation* (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE [ICIC], 2014a; MENDES, 2011). Em 1997, o projeto inicial foi aperfeiçoado por meio de um projeto piloto que recebera apoio da Fundação Robert Wood Johnson e, posteriormente, ele foi submetido a um painel de expertos para avaliação (ICIC, 2014a; MENDES, 2011). Em 1998, o MCC foi testado nacionalmente pelo programa *Improving Chronic Illness Care* (ICIC, 2014a; MENDES, 2011). Então, em 2003, o modelo foi atualizado por meio de nova revisão da literatura internacional e experiências de sua implantação.

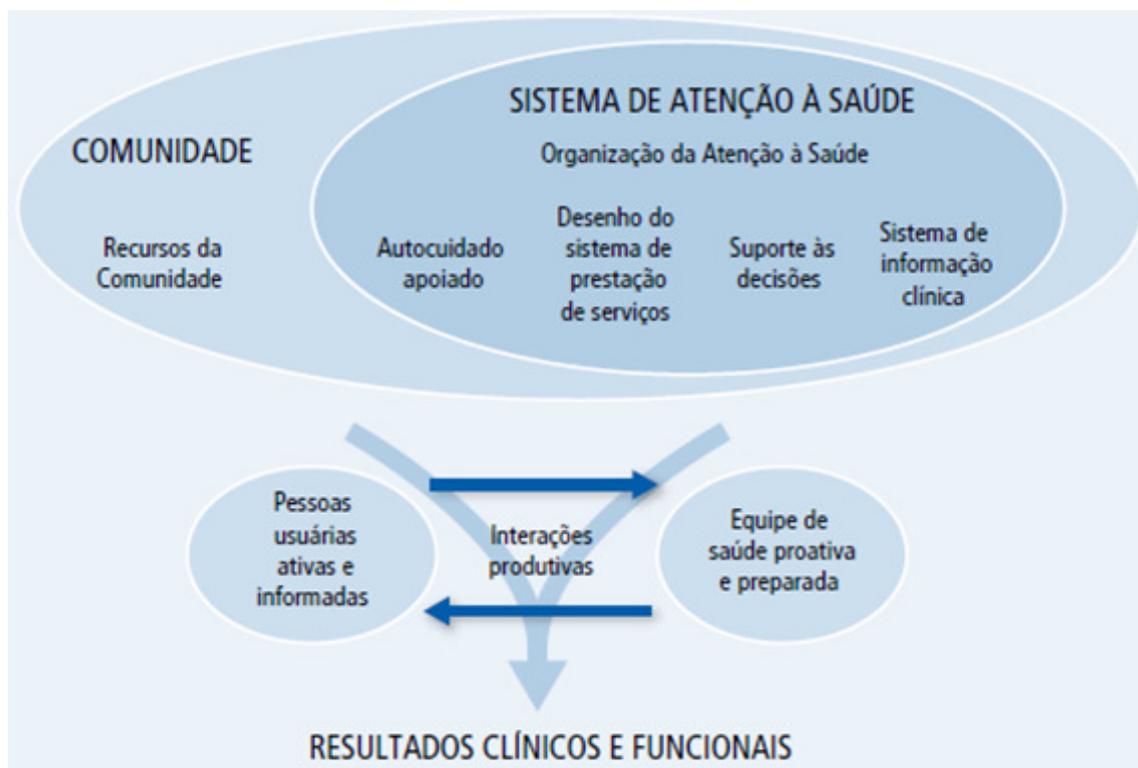
Assim, na sua versão final, houve a incorporação de outros cinco temas: a segurança das pessoas usuárias, a competência cultural, a coordenação da atenção, os recursos da comunidade e a gestão de caso (ICIC, 2014a; MENDES, 2011).

Segundo o MCC, são consideradas condições crônicas aquelas condições que exigem ajustes do indivíduo e interações com o sistema de atenção à saúde durante um período de tempo (ICIC, 2014b).

Foram encontradas evidências sobre o impacto da utilização do MCC no cuidado de saúde para uma variedade de doenças (ICIC, 2014c), como asma (MOULLEC et al., 2012; SILVER et al., 2011; TAPP et al., 2011), diabetes (NUTTING et al., 2007; SILVER et al., 2011; ELISSEN et al., 2013) e depressão (MCEVOY e BARNES, 2007; SIMON et al., 2000).

O MCC identifica seis elementos fundamentais divididos em dois grandes grupos que interagem entre si e norteiam a atenção à saúde às condições crônicas, conferindo-lhe alta qualidade: o sistema de atenção à saúde e a comunidade (Fig. 1). No sistema de atenção à saúde, as transformações devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no autocuidado apoiado, no suporte às decisões clínicas e no sistema de informação clínica (ICIC, 2014b). Na comunidade, as transformações devem articular os recursos da comunidade com o sistema de saúde (ICIC, 2014b; MENDES, 2011).

Figura 1- O Modelo de Cuidado Crônico (MCC)



Fonte: MENDES, 2012a, p. 141 apud Wagner 1998

As transformações na organização da atenção à saúde devem ser capazes de fornecer alta qualidade e segurança na atenção (MENDES, 2011). Aqui, destacam-se os compromissos de desenvolver um usuário ativo e um suporte adequado no seu autocuidado (WAGNER et al., 2005). Para isso ser alcançado, fazem-se necessários a implantação de estratégias às amplas mudanças na gestão, o estabelecimento de fluxos de informação e melhor coordenação da atenção à saúde, a promoção de incentivos aos prestadores do serviço apoiados na qualidade da atenção à saúde e a melhoria do manejo dos erros e problemas de qualidade à atenção (ICIC, 2014a; MENDES, 2011). Assim, essas mudanças tendem a integrar e aperfeiçoar os espaços de trabalho dentro da organização.

As mudanças no desenho do sistema de prestação de serviços devem reorientar todos os profissionais envolvidos no cuidado e fortalecer o autocuidado apoiado, tornando o sistema de saúde proativo e integrado deixando de ser reativo e fragmentado (ICIC, 2014a; MENDES, 2011; WAGNER et al., 2005). Para isso, é importante haver tarefas muito bem definidas entre a equipe de saúde, o uso de ferramentas adequadas para uma atenção baseada em evidências, a gestão de caso para usuários com condição de saúde mais complexa, o acompanhamento

regular dos usuários e uma atenção à saúde ajustada ao contexto social e cultural do usuário (ICIC, 2014a; MENDES, 2011).

As mudanças no autocuidado apoiado devem capacitar o usuário a gerir sua condição crônica de saúde, isto é, torná-lo corresponsável pelo seu cuidado. Para isso, além de fornecer informações sobre a doença e esclarecer o papel do usuário no controle, deve-se capacitá-lo para tomar decisões, delinear um plano de cuidado com metas bem definidas e sujeito a avaliação contínua, monitorar os resultados alcançados, fornecer suporte emocional e aproximá-lo dos recursos da comunidade que possam auxiliá-lo nesse gerenciamento (EPPING-JORDAN et al., 2004; ICIC, 2014a; MENDES, 2011; WAGNER et al., 2005).

As mudanças no suporte às decisões clínicas devem promover decisões práticas baseadas em evidências científicas de qualidade e acessíveis e que observem as preferências do usuário. O profissional atualizado e capacitado deve discutir as diretrizes clínicas com o usuário e adequá-las ao seu contexto (ICIC, 2014a; MENDES, 2011; WAGNER et al., 2005). As evidências científicas devem estar integradas no sistema de informação clínica, de forma que retroalimente o profissional sobre a qualidade de suas condutas e o atualize sobre a condição de saúde do usuário (EPPING-JORDAN et al., 2004; ICIC, 2014a; MENDES, 2011; WAGNER et al., 2005). Ainda, o fluxo de comunicação entre os especialistas e a atenção primária (APS) deve ser fluido, com iniciativas como interconsulta ou matriciamento, para a melhoria do cuidado (EPPING-JORDAN et al., 2004; ICIC, 2014a; MENDES, 2011).

As mudanças no sistema de informação clínica devem promover a criação de bancos de dados que abriguem informações clínicas sobre as populações, as subpopulações e de cada indivíduo. Deve estar estruturada para que seja de fácil acesso e forneça alertas sobre o histórico clínico para facilitar a identificação de casos que precisem de atenção diferenciada à sua condição crônica, ademais de recordatórios para o planejamento do plano de cuidado. Deve propiciar, especialmente, a troca de informações entre os vários níveis de atenção, levando a uma melhor coordenação das informações (EPPING-JORDAN et al., 2004; ICIC, 2014a; MENDES, 2011; WAGNER et al., 2005).

A inclusão dos recursos da comunidade, ou seja, a efetivação da intersetorialidade para a saúde deve permitir articulações e parcerias extramurais da

organização de saúde com recursos que existem em outros setores da administração pública (como educação, esportes, assistência social), assim como com organizações da comunidade (clubes, igrejas, centros comunitários e grupos de apoio como os Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, entre outros) para melhor atender as necessidades do usuário no autocuidado, evitando a duplicação de esforços e acrescentando em qualidade à saúde (ICIC, 2014a; MENDES, 2011; WAGNER et al., 2005). A organização de saúde pode criar programas conjuntos com a comunidade, assim como defender e intervir em políticas que contribuam para a atenção à saúde (ICIC, 2014a; MENDES, 2011).

Finalmente, o MCC afirma que a inter-relação entre os seis elementos contribui para que as pessoas estejam mais informadas e ativas no manejo de sua condição de saúde; e para que os profissionais sejam mais bem preparados e proativos na prestação do cuidado, e assim, produzam interações que levem aos desfechos clínicos e funcionais desejados com impacto positivo na qualidade de vida das pessoas e na efetividade dos sistemas de saúde (ICIC, 2014b).

### **1.1.1 Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas (ACICC)**

O MCC dispõe de um questionário para a avaliação da qualidade da atenção às condições crônicas, nas instituições prestadoras do cuidado, que se chama *Assessment of Chronic Illness Care* ou Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas (ACICC).

O ACICC (Anexo A) foi elaborado por um grupo de pesquisadores do ICIC (BONOMI et al., 2002) a partir de uma ferramenta criada pelo Serviço de Saúde Indígena para a avaliação da atenção ao usuário com diabetes (ACTON et al., 1993; 1995). Baseia-se nas seis áreas sugeridas pelo MCC que demonstraram influenciar a qualidade da atenção à saúde (ICIC, 2014d).

Os objetivos do ACICC são: (1) fazer o diagnóstico da organização de saúde sobre sua capacidade de oferecer atenção às doenças crônicas, antes da implantação de ações de melhoria de qualidade para identificar áreas que

necessitam de melhoria, (2) apoiar no desenvolvimento de estratégias de melhoria, e (3) avaliar a natureza e o nível das melhorias alcançadas em resposta às intervenções adotadas (ICIC, 2014d).

O questionário deve ser aplicado buscando avaliar uma doença ou condição específica e deve ser aplicado na perspectiva de um local, por exemplo, um serviço, unidade básica de saúde, distrito sanitário ou Secretaria de Estado de Saúde. O processo utilizado o preenchimento do questionário (consenso, por um líder, média de cada membro) deve ser especificado (BONOMI et al., 2002).

O questionário divide-se em seis partes, cada qual fazendo referência a um dos seis elementos do MCC (organização da atenção à saúde, desenho do sistema de prestação de serviços, autocuidado apoiado, suporte às decisões clínicas, sistema de informação clínica e recursos da comunidade). Cada parte é dividida em estágios de capacidade que são representados pelos níveis D, C, B e A - sendo D o nível de capacidade limitada e A o de excelência. Dentro de cada nível existem três valores para situar o avaliado se, por exemplo, seu serviço está em fase inicial, intermediária ou passando para o próximo nível. Assim, os valores vão de 0 a 11, sendo de 0 a 2 os valores do nível D e de 9 a 11 os do nível A (BONOMI et al., 2002).

## 1.2 BRASIL: DO MODELO “TRADICIONAL” AO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)

No Brasil predominam dois modelos de atenção que são frutos da construção histórica da saúde no país: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista. O primeiro detém-se na demanda espontânea e o segundo procura atender as necessidades da população, porém essas necessidades nem sempre se configuram em demandas. Assim, pode haver falta de integralidade nas ações de saúde (PAIM, 2008).

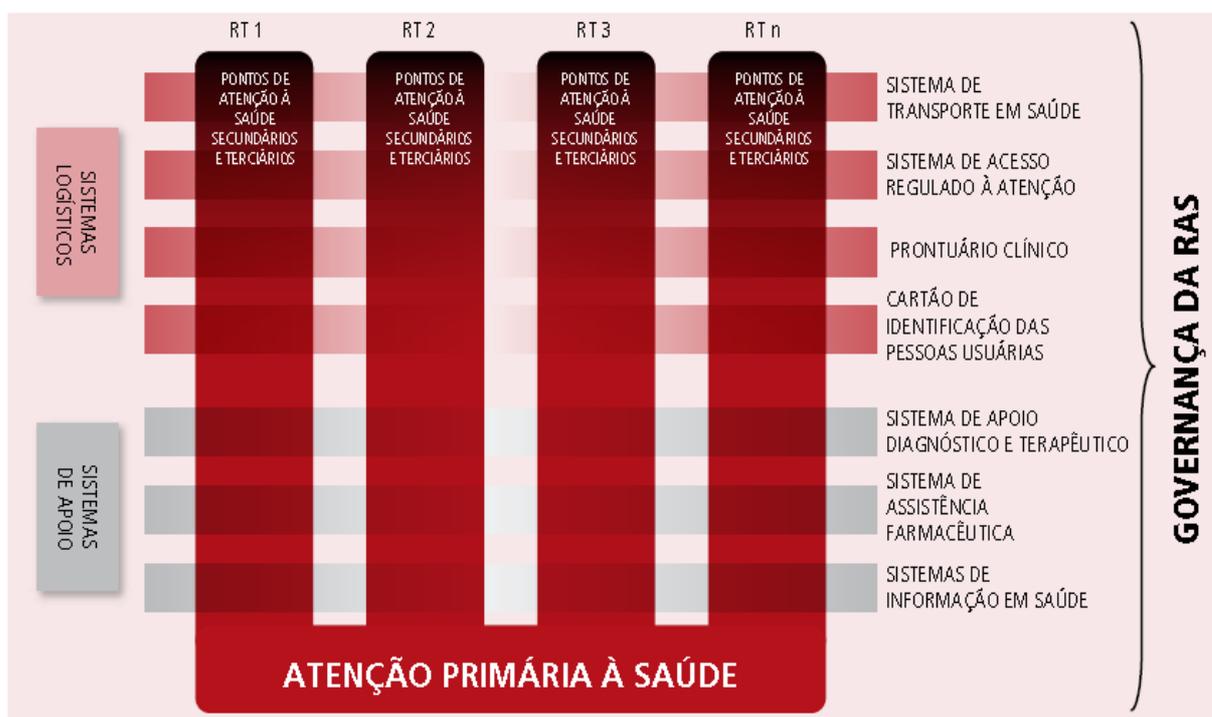
Segundo Menéndez (1992), o modelo médico hegemônico é individualista; vê a saúde/doença como mercadoria; dá ênfase ao biológico; não possui historicidade na prática médica; os problemas são medicalizados; a medicina curativa é

privilegiada; estimula o consumismo médico; os consumidores atuam em passividade e subordinação. Com um olhar pontual e fragmentado, esse modelo influenciou a maneira que os problemas de saúde são enfrentados por profissionais de saúde, população e outros segmentos da sociedade responsáveis por formar opinião (PAIM, 2008). Os representantes do modelo médico hegemônico são: 1) modelo médico assistencial privatista, que atende a demanda espontânea, enxerga a doença ou o doente como objeto, oferece atenção médica individual centrada na clínica e privilegia a especialização médica, dos serviços e procedimentos, dando muita ênfase ao ambiente hospitalar e pouca ênfase às medidas de promoção e prevenção da saúde; e o 2) modelo de atenção gerenciada, adotado por planos privados de saúde, tem suas bases no modelo médico hegemônico, porém agrega conhecimentos de economia e de medicina baseada em evidência, de modo que, respectivamente, haja melhor planejamento financeiro dos serviços e procedimentos para contenção de gastos médicos e melhor suporte às decisões clínicas para orientar os gastos. Além disso, as formas de pré-pagamento estabelecidas pelas operadoras de saúde propiciam esse modelo (PAIM, 2008).

Já o modelo sanitarista tem uma denotação mais coletiva, com abrangência populacional. No Brasil, esse modelo se caracterizou pela resolução dos problemas e necessidades mediante alguns tipos de ações descritas a seguir: 1) campanhas, que tem caráter temporário e faz uso das tecnologias de saúde para o controle de riscos e danos, portanto, não há continuidade nem integralidade na atenção e tem a gestão centralizada e unificada das intervenções; 2) programas especiais (como o Programa de Agentes Comunitários e o Programa Saúde da Família), que possuem caráter duradouro e têm objetivos e metas bem delineados com recursos direcionados e cuja administração possui representantes nacional, estadual e municipal (podendo ter distrital e local também) e suas informações obedecem a um fluxo vertical; 3) vigilância sanitária, que se apoia nos saberes epidemiológico, biológico e jurídico e cujas intervenções são direcionadas a eliminação ou redução de riscos, isto é, com vistas à proteção da saúde; e 4) vigilância epidemiológica, também se apoia nos saberes epidemiológico e biológico e, objetiva conhecer a história natural da doença e identificar qualquer mudança nos fatores condicionantes para recomendar adequada prevenção e controle da doença (PAIM, 2008).

A integralidade, a efetividade, a qualidade e a humanização são desafios para as políticas públicas, considerando os modelos de atenção à saúde historicamente estabelecidos no Brasil. Assim sendo, em resposta aos modelos fragmentados de atenção à saúde construídos no Brasil, que (des)organizam os pontos de atenção e os isolam, tornando-os incomunicáveis uns aos outros, surgem as chamadas Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são constituídas de arranjos poliárquicos e interdependentes de serviços de saúde que, coordenados pela atenção primária à saúde, buscam a integralidade de cuidados a determinada população, responsabilizando-se pelo cuidado em âmbitos sanitário e econômico (Fig. 2). Portanto, elas preconizam características de horizontalidade e de articulação da atenção à saúde nos diferentes níveis do cuidado (MENDES, 2010; PAIM, 2012).

Figura 2 - A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



Fonte: MENDES, 2011, p. 86

No caso das doenças ou condições crônicas, as RAS podem ser organizadas por uma lógica, como proposto por Mendes (2010), o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

O MACC se baseia no MCC associado ao Modelo da Pirâmide de Riscos do Instituto Kaiser Permanente dos Estados Unidos (MPR) e ao Modelo da

Determinação Social da Saúde, proposto por Dahlgren e Whitehead, a fim de adaptá-lo ao SUS (MENDES, 2012a; MOYSÉS, 2012).

Apropriando-se das evidências oriundas da validação empírica do MCC no âmbito dos seis elementos e da interação entre os usuários e a equipe de atenção crônica à saúde, o MACC incorporou as variáveis:

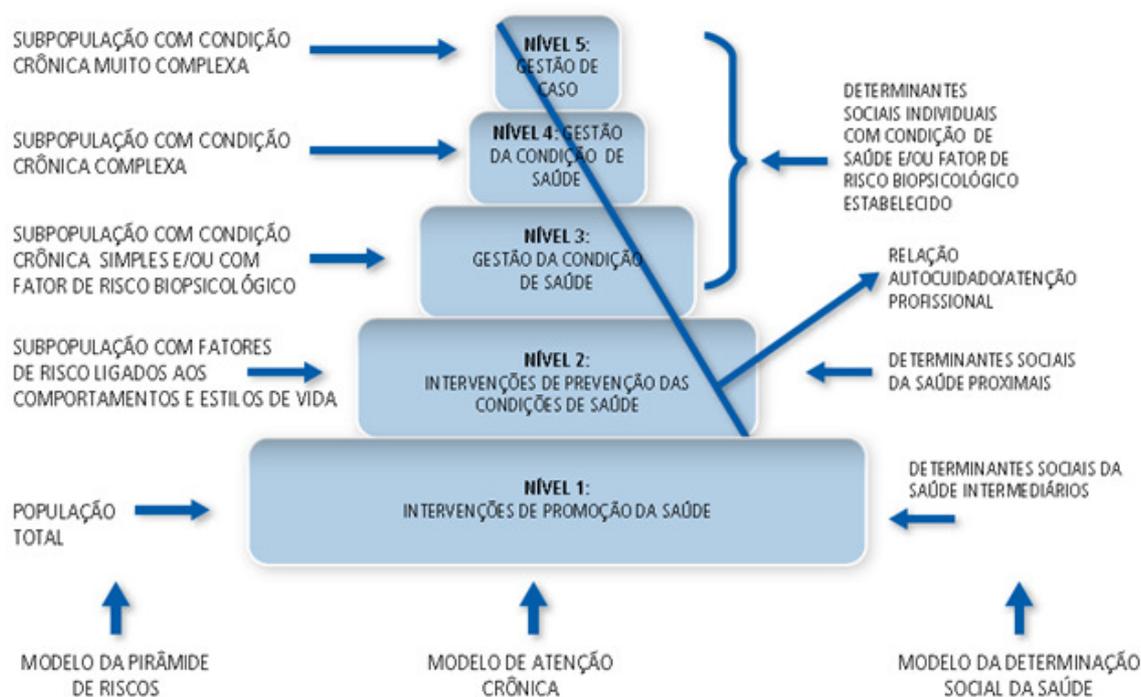
Diretrizes clínicas baseadas em evidência; sistema de identificação das pessoas usuárias; estratificação da população em subpopulações por riscos; registro das pessoas usuárias por condição de saúde e por riscos; prontuários eletrônicos; sistema de lembretes, alertas e *feedbacks* como funcionalidades dos prontuários eletrônicos; sistema de acesso regulado à atenção à saúde; continuidade da atenção: oferta de cuidados primários, secundários e terciários integrados; atenção integral: oferta de cuidados promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos; plano de cuidado individual; autocuidado apoiado; uso de ferramentas de gestão da clínica: gestão das condições de saúde e gestão de caso; coordenação da RAS pela APS; suporte especializado à APS; educação permanente dos profissionais de saúde; educação em saúde das pessoas usuárias; presença de profissional de saúde comunitária; e articulação do sistema de atenção à saúde com os recursos comunitários. (MENDES, 2007b apud MENDES, 2011, p. 245)<sup>1</sup>.

O MACC põe em comunicação três componentes na sua lógica de modelo: a população, os determinantes sociais e as intervenções. Ele é descrito por meio de três colunas - cada qual representando um modelo de atenção à saúde que deu origem ao modelo brasileiro -, respectivamente, da esquerda para a direita da Figura 3: MPR, MCC e Modelo da Determinação Social da Saúde (MENDES, 2012a). À esquerda, sob a influência do MPR, está a população subdividida em subpopulações estratificadas por risco, isto é, complexidade da condição crônica e fatores biopsicológicos, comportamentais e ligados ao estilo de vida (MENDES, 2011). À direita, sob a influência do Modelo da Determinação Social da Saúde, têm-se os determinantes sociais da saúde intermediários, proximais e individuais. No centro, sob a influência do MCC, estão intervenções, dispostas em cinco níveis, que devem ser direcionadas conforme a necessidade da subpopulação (MENDES, 2012a).

---

<sup>1</sup> MENDES, Eugênio Vilaça. Os modelos de atenção à saúde. *In*: \_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, cap.3, 2011, p. 219-245.

Figura 3 - O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: MENDES, 2012a, p. 169

A ideia é identificar os riscos e os determinantes sociais de saúde da população classificando-a em subpopulações, de forma a direcionar mais adequadamente as intervenções para cada grupo. Assim, no topo da pirâmide estaria a gestão de caso, que seria direcionada para usuários com condição crônica muito complexa e/ou determinantes sociais individuais com condição de saúde ou fator de risco biopsicológico estabelecido, que seriam intensamente cuidados e monitorados pela equipe de saúde e na base estariam as intervenções de promoção da saúde, direcionadas a toda a população, independente da complexidade de sua condição e expostas a determinantes sociais intermediários. A linha transversal que corta a pirâmide indica a relação entre autocuidado e concentração de cuidados profissionais, a saber, quanto menor o risco do portador de condição crônica, maior o autocuidado e menor a concentração de cuidados profissionais (MENDES, 2011; 2012a).

### 1.3 LINHAS DE CUIDADO: O CONCEITO

Foi realizada uma busca na literatura do termo “linhas de cuidado” - que tem sido muito utilizado para a gestão das RAS no SUS e tem se apresentado como uma nova proposta de atenção à saúde, orientando as condutas a serem tomadas, principalmente nos casos de doenças crônicas (FRANCO et al, 2004; PAIM, 2012).

Já que o termo não possui descritores (Decs), considerou-se como fonte de informação somente o portal Biblioteca Virtual da Saúde porque hospeda maior diversidade de bases de dados em português. Ainda, na pesquisa às bases, considerou-se a tradução do termo “linhas de cuidado” (“lines of care”). Portanto, a estratégia de busca usada foi tw: ("linhas de cuidado" OR "lines of care") e a procura feita em título e/ou resumo de artigos.

Foram encontrados 45 estudos e todos faziam referência ao assunto saúde. Dentre estes, apenas um estudo (PALÁCIO et al., 2012) relacionava linhas de cuidados e HIV/Aids, embora a população do estudo não tenha sido definida na estratégia de busca supracitada e o tema analisado sob a ótica do usuário.

Mas o que seriam as linhas de cuidado? Embora a Constituição Federal de 1988 dispusesse sobre a organização dos serviços de saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas (BRASIL, 1988), foi apenas com o Pacto pela Saúde em 2006 que a discussão sobre a elaboração das redes e das linhas de cuidado como modelo de atenção foi intensificada (PAIM, 2012).

As linhas de cuidado foram pensadas na perspectiva de integralidade da atenção ao usuário, uma vez que são capazes de interligar vários pontos de atenção ou serviços de saúde (CECÍLIO; MERHY, 2003). Essa assistência integral começa pela organização dos processos de trabalho na APS até a:

“... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital.”. (CECÍLIO; MERHY, 2003, p.2).

Transformações no modo de produzir cuidado são necessárias em todos os níveis de atenção à saúde quando o assunto é a integralidade. A integralidade não se restringe apenas à organização dos recursos de saúde disponíveis, mas a ideia de fluxo do usuário foi incorporada a ela. Sendo assim, fazem-se necessários a

existência organizada dos recursos e o acesso dos usuários aos mesmos e em todos os níveis assistenciais, enfatizando uma produção de cuidado sistêmica, integrada e baseada no projeto terapêutico do usuário (CECÍLIO; MERHY, 2003; FRANCO et al., 2004).

A linha de produção do cuidado poderá ter como porta de entrada tanto a APS, como qualquer outra parte do sistema de saúde, e se dirigirá para diferentes níveis assistenciais. Ainda, a unidade básica de saúde ou a Estratégia Saúde da Família teria a responsabilidade de gerir e acompanhar o projeto terapêutico e de certificar o acesso à referência e à contrarreferência para garantir que o usuário não saia do fluxo assistencial e que haja integralidade do cuidado (FRANCO et al., 2004).

Portanto, as linhas de cuidado são caminhos, itinerários, fluxos assistenciais bem definidos, porém não inflexíveis que permitem a mobilidade orientada do usuário no sistema de saúde conforme a demanda e sua necessidade e que corresponsabilizam-o no cuidado da própria saúde. Ainda, a linha de cuidado é “[...] uma ferramenta ou um modo tecnológico de intervenção para assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado [...]” (informação verbal)<sup>2</sup>, “[...]se refere à organização de serviços e ao fluxo entre eles para atender à necessidade do usuário. Então esta idéia do funcionamento, “caminhar na linha”, fluxo assistencial, é central. É uma linha em movimento.”(informação verbal)<sup>3</sup>. Então, elas orientam as condutas de trabalho em saúde, visando à identificação, diagnóstico e resolução do problema, bem como o seguimento do usuário. Além disso, as linhas de cuidado compreendem as propostas do acolhimento e da oferta organizada e faz uso de uma combinação de tecnologias ‘leves’, ‘duras’ e ‘leve-duras’ (PAIM, 2012).

Alguns autores admitem o conceito de linha de cuidado citado até aqui (BRAGA, 2011; FRANCO et al., 2004; MERHY; MALTA, 2010; PAIM, 2012; SANTOS; ANDRADE, 2011).

Também, Mendes (2012) afirma que há uma aproximação do conceito de linhas-guia ao de linhas de cuidado.

---

<sup>2</sup> PAIM, Jairnilson da Silva. **O que é linha de cuidado** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <wanneska.andressa@gmail.com> em 23 out. 2014, Brasília.

<sup>3</sup> FRANCO, Túlio Batista. **O que é linha de cuidado** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <wanneska.andressa@gmail.com> em 02 nov. 2014, Brasília.

As linhas-guia são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma RAS. (MENDES, 2012b, p.371).

O autor afirma que, assim como as linhas de cuidado, as linhas-guia estabelecem o processo de cuidado à saúde em todos os pontos de atenção, obedecendo à coordenação da APS (MENDES, 2012b).

Ainda concernente aos conceitos, quando o MCC discorre que o elemento *delivery system design* ou o desenho do sistema de prestação de serviços - tradução transcultural para o Brasil (MOYSÉS, 2012) - busca organizar os serviços e cuidados e combater sua fragmentação do cuidado, se aproxima do conceito linha de cuidado já referenciado, pois ambos buscam a integralidade na atenção à saúde.

Portanto, na perspectiva da integralidade de atenção à saúde, neste trabalho, os termos desenho do sistema de prestação de serviços e linhas de cuidado foram considerados sinônimos, já que o instrumento de avaliação do cuidado utilizado na coleta de dados pertence ao MCC.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Contribuir para a organização da atenção à saúde das PVHA atendidas no sistema público de saúde no Brasil.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Realizar uma revisão integrativa sobre as linhas de cuidado às PVHA, na perspectiva do MCC, como ferramenta de intervenção e/ou avaliação;
2. Identificar, descrever e avaliar os pontos de atenção (PA) e a linha de cuidado das PVHA no contexto da RAS do Distrito Federal a partir do atendimento do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 DA REVISÃO DA LITERATURA**

Uma revisão integrativa foi realizada sob a expectativa de encontrar estudos que utilizassem o MCC.

##### **3.1.1 Critérios de elegibilidade**

Os estudos considerados elegíveis foram aqueles que utilizavam a lógica (todos os seis elementos) do MCC ou apenas o elemento desenho do sistema da prestação de serviços como instrumento de intervenção e/ou avaliação do cuidado às PVHA. Não houve restrição de ano de publicação e os idiomas considerados foram o inglês e o português.

##### **3.1.2 Fontes de informação**

As bases consultadas foram o *Medline* via Pubmed, *Cochrane Library*, *Central for Reviews and Dissemination* e o portal Biblioteca Virtual da Saúde. Sites internacionais de saúde, como da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do *Improving Chronic Illness Care (ICIC)* também foram consultados.

### 3.1.3 Estratégia de Busca

A estratégia de busca foi feita em inglês com os seguintes termos: HIV, Aids, *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, *delivery system design* e *chronic care model*. A estratégia de busca usada no Pubmed foi: ("HIV"[Mesh] OR (HIV))OR ("Acquired Immunodeficiency Syndrome"[Mesh] OR (Acquired Immunodeficiency Syndrome)) AND ("DELIVERY SYSTEM DESIGN" OR "CHRONIC CARE MODEL"). Para a busca em outras bases, algumas adequações foram feitas considerando a especificidade para a estratégia de busca de cada base.

### 3.1.4 Seleção de estudos e processo de coleta de dados

Apenas um pesquisador revisou os estudos, extraiu os dados e confirmou a extração dos dados dos estudos selecionados (AWMS). Foi elaborado um quadro com dados relevantes dos estudos incluídos: autores, ano de publicação, país, tipo de estudo, objetivo, população, intervenção e conclusão.

## 3.2 DAS ENTREVISTAS E APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ACICC

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e recebeu o número 278.787. Esse trabalho faz parte do subprojeto “Avaliação da atenção à saúde e seguimento farmacoterapêutico de pessoas vivendo com HIV/ Aids atendidas no Hospital Universitário de Brasília” financiado pelo projeto “Melhoria da Gestão, Vigilância e Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais entre usuários de drogas, profissionais do sexo, população penitenciária e pessoas vivendo com HIV/ Aids” do Ministério da Saúde (Anexo B).

Em maio de 2014, foi realizado estudo piloto de caráter exploratório do cenário do HUB para obter maior familiaridade sobre o percurso das PVHA para o manejo da sua condição de saúde. Este piloto envolveu entrevistas informais com anotação junto a profissionais que tinham experiências práticas no cuidado às PVHA. Os profissionais envolvidos foram: nutricionista, farmacêuticos, internos da DIP e psicólogo. Assim, foi possível identificar as principais portas de entrada do HUB e os PA às PVHA, de modo que a coleta de dados pudesse ser mais bem direcionada.

Assim, foram identificados quatro PAs e selecionados profissionais informantes-chave para a entrevista de cada ponto (Com-vivência, Farmácia Escola, ambulatório da DIP e internação da DIP), mais um informante-chave da Direção do HUB.

Esta parte do trabalho consistiu em um estudo qualitativo realizado no Hospital Universitário de Brasília no período de 31 de julho de 2014 a 23 de outubro de 2014. O trabalho foi dividido em duas fases, nesta ordem, entrevistas semiestruturadas áudio-gravadas e a aplicação do questionário ACICC.

### **3.2.1 Entrevistas semiestruturadas áudio-gravadas**

Foi elaborado um roteiro (Apêndice A) para a entrevista com perguntas gerais e específicas (de acordo com o PA, se pertinente). Quando necessárias outras perguntas foram acrescentadas dependendo das respostas dos informantes-chave. A ideia da entrevista foi conseguir o máximo de informações sobre como se dava a atenção à saúde às PVHA.

A sequência da entrevista foi a seguinte: foi marcada a data da mesma, conforme disponibilidade do informante-chave; as entrevistas foram feitas nos respectivos PA e em ambientes reservados; antes do início de cada entrevista, o entrevistador explicava a essência da pesquisa e entregou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e anuência do informante-chave, que datava, colocava o nome completo e assinatura; no início da entrevista, o entrevistador solicitava que o informante-chave dissesse seu nome completo e sua

função no HUB. A partir daí, o roteiro era seguido como base, com as possibilidades de outras perguntas que se fizessem pertinentes. A média do tempo de cada entrevista foi de 30 minutos. Para garantia de anonimato e sigilo cada informante recebeu o nome de uma nota musical (Dó, Ré, Mi, Fá, Sol).

### **3.2.2 Aplicação do questionário ACICC**

A versão 3.5 do questionário ACICC foi aplicada nos PAs anteriormente identificado e na Direção do HUB. Cada informante-chave foi responsável por formar um grupo de no mínimo três pessoas, a partir da equipe de saúde do PA, para responder por consenso o questionário. A sequência da aplicação do questionário foi a seguinte: a coleta de dados foi marcada conforme disponibilidade do grupo; as aplicações foram feitas nos respectivos PAs e em ambientes reservados; antes do início de cada aplicação, o entrevistador explicava o que era o questionário ACICC e o seu objetivo quanto ferramenta de avaliação da capacidade institucional ao cuidado à saúde e entregou o TCLE para cada integrante do grupo para sua leitura e anuência do informante-chave, que datava, colocava o nome completo e assinatura; o entrevistador leu juntamente com o grupo cada bloco de questões e deu um tempo para que o grupo fizesse consenso e respondesse o que achasse mais adequado. Ao fim da aplicação, apenas um questionário consensuado era recolhido para posterior análise. O tempo médio para a aplicação do questionário foi de 90 minutos.

#### 4. RESULTADOS

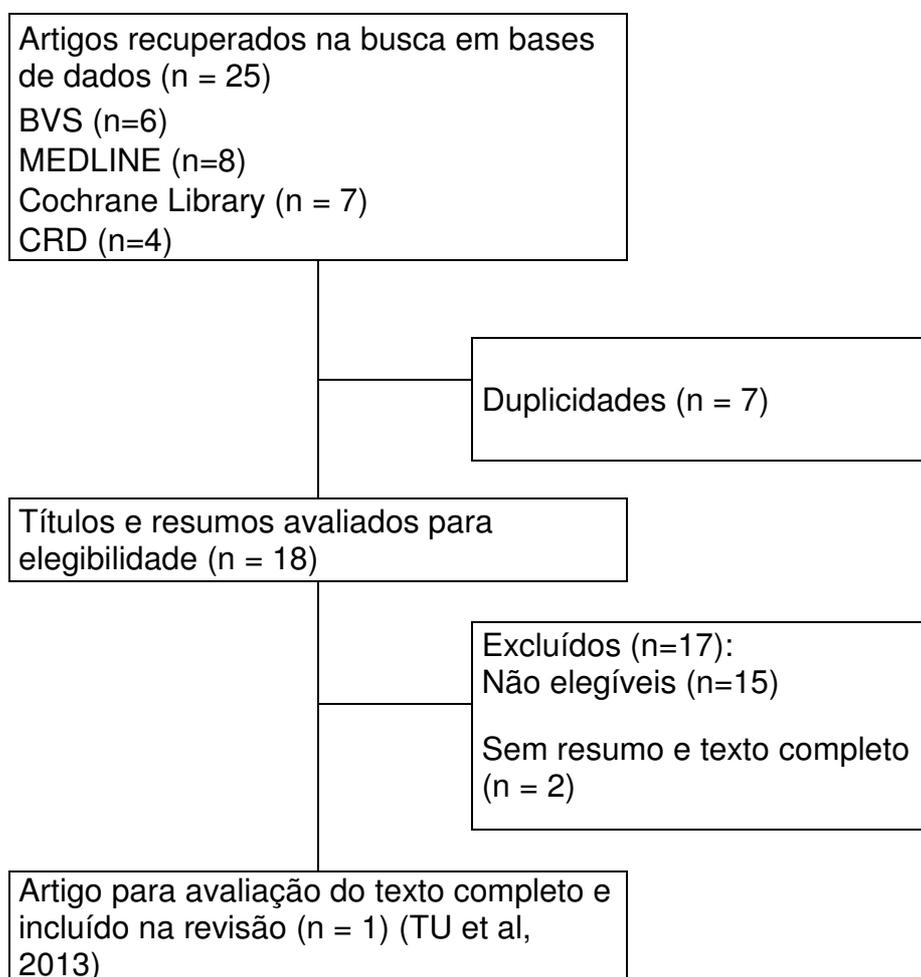
O hospital foi inaugurado em 1972 durante o regime militar e, por causa do modelo de seguro social vigente no Brasil naquela época, tinha uma característica excludente de atenção por somente fornecer serviços aos funcionários públicos da União. Desse período até 1990, o HUB passou por uma série de transformações, inclusivamente, na sua administração, altura em que ele foi cedido totalmente à Universidade de Brasília pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A partir de 1990, o HUB começou a receber financiamento do gestor local do SUS, porém de modo informal. Em 2005, o HUB foi certificado como Hospital de Ensino e começou a ter um teto de financiamento para execução de seus trabalhos por meio de uma Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004, que firmava um acordo administrativo e de financiamento entre o hospital e os Ministérios da Saúde e da Educação. Todavia, somente em 2008 é que o HUB foi integrado ao SUS, ficando decidido que a totalidade da sua capacidade seria destinada ao mesmo e não mais aos planos de saúde e convênios que vigoravam até então. Atualmente, o hospital passa por um processo de Acreditação pela Qualidade pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) e de reestruturação com a entrada de um novo gestor, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, 2014).

Seguem os resultados da revisão integrativa sobre a linha de cuidado às PVHA; a descrição das linhas de cuidado das PVHA atendidas no HUB que foi organizada em tópicos, como *De onde vem e por onde entra o usuário?*, *Por onde anda o usuário?* e *Para onde vai o usuário?*. E após, os resultados do ACICC.

#### 4.1 REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE AS LINHAS DE CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS (PVHA)

Foram recuperados 25 estudos das bases de dados (Fig.4). Retirando-se as duplicidades, ficaram 18 artigos para avaliação de elegibilidade e apenas um foi incluído na revisão (Tabela 1).

Figura 4 - O processo de busca, seleção e inclusão dos estudos



Fonte: Elaborado pela autora

O Quadro 1 descreve as principais características do artigo incluído, que encontrou resultados positivos quanto ao uso do MCC às PVHA.

Quadro 1 - Descrição do estudo incluído na revisão

<b>Autores (ano /país)</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>População</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Conclusão</b>
<b>TU et al. (2013/C N)</b>	Coorte de intervenção prospectiva e multicêntrica	Medir a efetividade da implantação do MCC na melhoria dos desfechos de HIV	269 usuários HIV-positivo, ≥18 anos, que eram atendidos na atenção primária de um dos locais do estudo	Implantação sistemática do MCC durante 18 meses	Houve melhoria da triagem da doença, imunização, toma da TARV e das taxas de supressão virológica

Fonte: TU et al., 2013. Elaborado pela autora. CN, Canadá; MCC, modelo de cuidado crônico; TARV, terapia antirretroviral

## 4.2 DAS ENTREVISTAS

### 4.2.1 De onde vem e por onde entra o usuário?

No organograma do hospital, a temática HIV/Aids está dentro da linha de cuidado ou do modelo funcional das doenças infecciosas. O HUB é um serviço de destaque na área do HIV/Aids para o DF e como tal as duas principais portas de entrada são o ambulatório e a emergência, a partir da referência ou da procura espontânea.

Os que chegam ao hospital pelo ambulatório podem já ter diagnóstico para HIV: "... Pode vir já o diagnóstico de uma unidade como o CTA, que é o Centro de Testagem e Aconselhamento ou de alguma unidade anterior onde ele já testou e onde ele até tava acompanhando, mas quer vir pro HUB..." (Ré); "... ele é às vezes encaminhado do hemocentro ou encaminhado de algum local da rede privada pelo fato de ele querer fazer o atendimento, o tratamento na rede pública né..." (Fá). Ou não: "... é diagnosticado aqui conosco, seja na enfermaria seja no ambulatório." (Ré), embora "... uma grande maioria dos pacientes já chegam [no ambulatório] com uma triagem anterior."(Fá).

Dos que entram no hospital pela emergência, podem vir de outro Estado ou unidade de saúde; ter abandonado o tratamento ou já ter diagnóstico de HIV recente ou não "... Algumas vezes aqui mesmo no hospital durante uma internação [sobre a realização do diagnóstico no hospital]" (Fá); ou ainda, são pessoas que querem trocar de centro de atendimento por causa de motivos pessoais, neste caso, a emergência avalia se o usuário tem critério de internação. Se tiver, ele vai para a enfermaria ou UTI, dependendo da gravidade, e os que estão estáveis são acompanhados no ambulatório.

Ainda, a internação pode ser uma porta de entrada direta, nos casos de transferência.

Além dos anteriores, também o Com-vivência e a Farmácia Escola podem ser portas de entrada para o cuidado de PVHA no HUB, especialmente o primeiro.

O Com-vivência é uma área de atendimento às PVHA e oferece acolhimento psicossocial e realiza entrevista de anamnese da parte médica. O centro é uma porta de entrada tanto de usuários referenciados de um serviço da rede do DF quanto para aqueles que procuram espontaneamente o local: “... Têm uns que vêm... faz o teste na rodoviária [CTA] e eles são informados que aqui [HUB] atende... Aí procura lá [ambulatório], que lá tem o Com-vivência...” (Mi); “... nosso serviço [Com-vivência] é bastante procurado, então aí eles [os profissionais do Com-vivência] acabam fazendo essa ponte né, na entrada com o paciente...” (Fá).

A Farmácia Escola atende o usuário encaminhado do ambulatório da DIP do HUB e qualquer usuário da rede hospitalar pública ou particular do DF que esteja sob o uso da TARV. O usuário pode ir espontaneamente, mas deve portar obrigatoriamente a notificação do MS para ser cadastrado no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

No geral, “... se o paciente for referenciado ele já chega com o diagnóstico. Se for procura espontânea, ele pode vir a entrar pelas diversas portas e o diagnóstico ser dado né...” (Dó). Quando o diagnóstico é dado pelo HUB, apenas o teste de sorologia, o ELISA, é feito e a amostra enviada para o Laboratório Central de Saúde Pública do DF (LACEN-DF) que segue com as análises para o diagnóstico confirmatório, podendo haver atraso do resultado final. Embora isso não seja um problema para o usuário ambulatorial, pode ser para o internado. Uma maneira para contornar esse problema é: “... então a gente manda pra rodoviária que lá tem os dois testes rápidos com metodologia diferente...” (Mi).

Quanto às características das PVHA, a maioria é do DF, mas há usuários do entorno e de outros estados também: “Nós [o HUB] temos alguns pacientes de fora aqui né, o fato de a gente ser um serviço maior que tem internação na área de infectologia, então às vezes muitos pacientes que ficam internados eles não desejam ter o acompanhamento na sua cidade de origem e aí acabam optando por ir e vir né... Nós temos realmente bastante paciente do entorno e até de algumas cidades aqui, de Goiás, de Goiânia...”(Fá). Os homens adultos jovens são aqueles que mais se destacam entre os que são atendidos no hospital: “A idade varia de 18 a 70 anos, mas assim é mais adulto jovem mesmo...” (Mi); “Masculino um pouco mais [sobre a prevalência de gênero da doença]... também aí o masculino considerando a clientela homossexual... predomina ainda o sexo masculino, mas

muito próximo chegando a uma pessoa do sexo feminino.” (Ré). Quanto às comorbidades, elas são mais frequentes quando “... geralmente o paciente é novo né, um caso novo e quando o diagnóstico é feito tardiamente e geralmente eles têm com insuficiência respiratória por pneumocistose, a maioria...” (Mi), já “Nesses jovens não, muito pouco. Idoso, as comuns né, hipertensão, diabetes...” (Fá).

#### **4.2.2 Por onde anda o usuário?**

No geral, a PVHA tem potencial para usar dos mais diversos recursos de saúde de um hospital dado à complexidade de sua condição. Ela pode ter acesso aos principais PAs: ambulatório da DIP, Com-vivência, internação da DIP e Farmácia Escola (quando estiver sendo acompanhada no ambulatório, por exemplo). Além disso, a PVHA pode ter acesso a outras especialidades/recursos como cardiologia, pneumologia, neurologia, radiologia, laboratório, centro cirúrgico e internação cirúrgica, farmácia hospitalar (quando estiver na internação), bem como ter acesso a outros pontos externos também: “... mesmo ele dentro do hospital ele vai precisar às vezes de ir na farmácia de alto custo, vai ter que ir no serviço social externo pra conseguir passagens pra poder conseguir enfrentar o ambulatório, pegar remédios no posto de saúde...” (Dó). Mesmo assim, a PVHA ainda pode ter dificuldades de acesso para tratamento de outras comorbidades, dependendo da especialidade.

A atualização dos profissionais na temática HIV/Aids é bastante variável, sendo os profissionais especializados os mais atualizados. A estrutura física ainda não é adequada para o atendimento humanizado e individualizado do usuário, contudo, reformas estão sendo feitas a fim de mudar isso: “... nossas recepções são muito desacolhedoras né, elas não favorecem o acolhimento do paciente.” (Dó); também estão mudando as áreas de internação para que cada usuário possa levar o seu acompanhante. Quanto aos recursos materiais e humanos, o hospital tem melhorado bastante para atender às PVHA e está incorporando novos profissionais, o que melhora do ponto de vista quantitativo, mas em termos qualitativo, eles precisam ser mais bem preparados para esse novo modelo de assistência à saúde

que é usuário-centrado: “... tem que mudar a cultura das pessoas [profissionais]...” (Dó).

O Com-vivência realiza uma entrevista de avaliação psicossocial para conhecer o usuário em diferentes eixos, como questões relacionadas ao diagnóstico de descoberta e seu impacto na esfera psicológica, ao trabalho, à rede de apoio social e à estratégia de enfrentamento “... é uma entrevista que a gente tem um roteiro e, todo o paciente, ele tem essa entrevista feita e isso fica registrado... porque nós temos um prontuário... um arquivo que é psicossocial... mas no prontuário do HUB, o prontuário geral, é anotado também...” (Ré). O atendimento neste PA é optativo, principalmente se o usuário está estável e com bom enfrentamento da doença, porém “... se a gente [profissionais] observa uma demanda que ele [usuário] não está observando, a gente aponta...” (Ré). A equipe de saúde é originalmente formada por psicólogo, assistente social e estagiário de graduação. Contudo, faz um ano que não tem um assistente social exclusivo para o PA e, quando há necessidade de atendimento nesse âmbito, o usuário é encaminhado para o serviço social geral do hospital.

Os profissionais de saúde são treinados e instruídos quanto à literatura psicossocial e médica adequada: um novo profissional observa os atendimentos e aos poucos atende sozinho sob uma supervisão.

A estrutura física, construída com o apoio do MS e de projetos de pesquisa, foi considerada satisfatória. Quanto às informações referentes à conduta de manejo da doença, o Com-vivência enfatiza a valorização do usuário e do seu conhecimento por meio de uma relação horizontal (profissional e usuário). Valoriza o respeito, a responsabilidade, a adesão e o autocuidado, “... inclusive tem uma intervenção específica que a gente chama de aconselhamento pré-terapia antirretroviral que é uma intervenção de base psicológica, de base cognitiva-comportamental, psicoeducativa, que visa ele se adaptar melhor, da melhor forma possível ao tratamento, porque isso vai fazer parte dele, assim como ele escova dente, toma banho, penteia cabelo, ele vai tomar o remédio todos os dias...” (Ré).

Ainda, para quem está iniciando a TARV, há uma ferramenta de auto-observação do comportamento de adesão, aplicada em no mínimo quatro sessões, fácil de ser compreendida com pouca leitura, onde o usuário aprende a registrar como foi a sua adesão à TARV na semana, para avaliação dos profissionais na

consulta seguinte. Não obstante, o PA realiza grupos fechados com propostas de trabalho mais exigidas por um tempo determinado e rodas de conversa mensal com temas de interesse dos usuários. A família ou outra pessoa da rede de apoio também é alvo de atendimento e das atividades.

No ambulatório são acompanhados os usuários mais estáveis, com adesão à TARV, carga viral indetectável e bom CD4. Lá são feitos a avaliação clínica, a história clínica, o exame físico, a solicitação de exames laboratoriais, além de exames complementares e solicitação de avaliação médica de outra especialidade, quando necessário; e são dadas informações sobre a situação clínica do usuário. O atendimento neste PA acontece assim: o aluno ou residente atende, o médico avalia o usuário e relata o caso na frente dele e, após isso, os três juntos definem as condutas, assim o retorno é agendado e o planejamento feito.

A maioria dos usuários que vai ao ambulatório já tem mais tempo de diagnóstico e conhecimento básico sobre a doença e a evolução, sendo, portanto, a adesão o foco da consulta. Em casos de não adesão, busca-se conhecer o motivo por meio de uma avaliação caso a caso, podendo haver intervenção do Com-vivência. Às vezes é difícil "... porque tem essa questão da corresponsabilidade, então por mais que a gente explica [sobre a importância da adesão] às vezes o paciente também tem a parte dele, mas... eu me preocupo sempre em deixar claro para o paciente né as informações necessárias para ele tomar a decisão correta." (Fá). Foi enfatizada a necessidade de uma intervenção cada vez mais multidisciplinar: "... ainda acho que a gente ganharia bastante na medida que a gente conseguir trabalhar mais junto da psicologia e da farmácia [Farmácia Escola], acho que seria um ganho muito grande..."(Fá).

Sobre o acolhimento, "... a gente gostaria muito de implantar [o acolhimento]... já teve uma proposta esse ano de começar um enfermeiro a trabalhar conosco [ambulatório da DIP] e a gente tá muito ansioso por isso né..." (Fá). O PA conta apenas com uma funcionária administrativa que faz a fila e separa os prontuários, sendo apontada a necessidade de outro profissional: "... seria muito importante até para fazer coisa assim: pesar, medir, ver pressão..." (Fá). Outro ponto abordado foi que, quando o ambulatório está fechado (abre somente as quartas à tarde e as quintas de manhã), o usuário fica sem atendimento, caso precise: "... quando nós [os profissionais] não estamos lá no ambulatório, não fica ninguém né... se o paciente

tem alguma intercorrência, sei lá, segunda-feira de manhã, então ele não tem a quem se reportar. Ou ele vai no pronto-socorro ou ele espera quarta-feira...”(Fá).

Quanto à educação em saúde, os profissionais se atualizam em congressos de infectologia e o residente se capacita durante toda a residência e em congressos também. Em adição, há uma reunião semanal para discussão de artigos, onde todos - profissionais, residentes e internos - se capacitam.

A estrutura física do ambulatório foi considerada precária: “... a água a gente tem, a gente pega do setor de psicologia. Banheiro, [a gente] tem que ir lá longe né, e nós só temos quatro salas... às vezes acontece de ter mais gente pra atender do que salas disponíveis...” (Fá).

Na Farmácia Escola, a equipe de saúde é formada por um grupo de farmacêuticos, alunos em fase final de graduação e três técnicos, sendo que destes, dois são farmacêuticos de formação. Este PA também intenciona abrir um serviço de seguimento farmacoterapêutico para as PVHA: “... a gente quer que o médico lá reconhecendo a dificuldade do paciente com a adesão, é que ele encaminhe esse paciente pro serviço de seguimento. Então, a gente vai fazer a triagem aqui, mas a gente quer fazer um link com o pessoal do Com-vivência, com os médicos, os infectologistas, pra que eles encaminhem os pacientes. Mas isso não existe ainda.” (Sol).

O acolhimento envolve um trabalho de orientação mais especializado ao usuário no início de tratamento. Se o usuário é novo, ele chega até este PA portando a notificação para a dispensação, solicita a senha eletrônica e, ao ser chamado, é o farmacêutico que fará este primeiro atendimento. Se o usuário é antigo no PA, o atendimento é realizado por quem estiver na baia. Todos os profissionais são orientados a fazer questionamentos a fim de identificar a necessidade de um atendimento especializado, o que passaria o caso para o farmacêutico. Quando a não adesão é identificada, o usuário é questionado sobre e uma anamnese é feita para saber o que está comprometendo a adesão: “Às vezes a gente percebe que o paciente abandona o tratamento porque não se sente bem, então a gente questiona... quando eu encontro [o motivo]... vejo se eu posso fazer algum manejo e na maioria das vezes a gente consegue algum sucesso com isso.” (Sol).

Como unidade de dispensação, a Farmácia Escola conta com o SICLOM, uma ferramenta de controle de dispensação utilizada no atendimento às PVHA.

Contudo, não é feito um controle proativo e sistemático dos usuários faltosos, portanto, apenas quando o usuário vai retirar a TARV é que seus registros anteriores são checados: “... ele [o usuário] pode pegar [a TARV] no máximo com 90 dias. Se fazem seis meses que ele aparece aqui, eu questiono se ele pegou em outra regional, porque às vezes ele conseguiu de alguma forma; se há sobra de medicamento, quanto que ele tinha de sobra de medicamento e entro na questão da adesão pra ver se tá havendo alguma falha...” (Sol).

Os recursos físicos e humanos foram considerados bons para uma unidade de dispensação. Inclusive, todos os recursos humanos deste PA foram considerados bem capacitados para o cuidado às PVHA, principalmente, porque a maioria dos farmacêuticos tem formação em Farmácia Clínica. Porém, sente-se falta de uma capacitação maior no âmbito da comunicação com o usuário. Sempre que a Secretaria de Estado de Saúde oferece capacitação, a equipe de profissionais está presente. Ainda, quando há alguma atualização sobre HIV/Aids, o SICLOM emite uma notificação e a equipe revisa a mesma. Depois da entrada do novo protocolo para tratamento de PVHA em 2014, foram encontradas algumas dificuldades quanto ao novo protocolo, principalmente quanto ao uso do formulário antigo pra retirada da TARV, que não poderia ser mais utilizado: “... Tem o protocolo, a gente tem que respeitar, a gente tem que seguir, mas às vezes você tem um paciente que tem uma adesão, que a gente vê a regularidade na retirada dos medicamentos, a gente conversa com o paciente, o paciente tá bem, aí ficar sem medicamento porque ele tá com o formulário velho... não posso deixar esse paciente sem [a TARV]...” (Sol). Assim, dispensa-se a TARV e se pede para o usuário procurar o médico e trocar o formulário.

Na internação da DIP, o acolhimento é realizado por meio de esclarecimentos sobre: a doença porque “... muitas vezes eles [PVHA] chegam assustados já assim achando que vai morrer mesmo...” (Mi), o tratamento e quais são os direitos garantidos por lei. As PVHA internadas também recebem o apoio do Com-vivência com a parte psicossocial. Assim sendo, no acolhimento, os profissionais envolvidos são médicos e psicólogos. Se o usuário está em estado grave, ele é automaticamente internado porque o critério de internação é dado no CPA por meio da classificação de risco. Se ele entra pelo ambulatório e percebe-se a necessidade de internar, assim é feito. Também, percebem-se algumas dificuldades quando o

primeiro atendimento acontece no CPA: "... às vezes o paciente vai lá [no CPA] pra fazer uma medicação, seria tão simples da gente fazer uma medicação lá, então se tivesse técnico de enfermagem, enfermeiro já ajudaria bastante... ele só precisa de medicação e ir embora... aí a gente tem que mandar pra emergência, aí chega lá não é atendido, aí tem que procurar assistência em outro lugar. Quando ele vai procurar em outro lugar ele fica com vergonha de dar o diagnóstico dele, aí só fala: '- Ah, só tô com uma gripe.', geralmente a gripe do paciente com HIV é uma pneumonia ou algo mais sério." (Mi).

Sobre a adesão, para garanti-la, explica-se sobre a doença, sua cronicidade e que ela é possível de ser controlada; os possíveis efeitos colaterais, as implicações do abandono do tratamento: "... é uma troca de confiança né... é bom quando a gente fala: '- Você vai tomar esse remédio, você pode sentir náusea... '. Quando ele sente, ele: '- Ah então o médico já tava sabendo'. Aí a gente fala: '- Procura a gente imediatamente, mas não para o remédio... '" (Mi). Em casos de não adesão, procura-se entender o que está havendo e o médico e o usuário procuram pela melhor solução, "... dependendo dos efeitos colaterais de cada medicação, atrapalha na vida diária mesmo... Então, a gente vê, às vezes troca a medicação pra adequar à vida pessoal do paciente... Tem indicação da medicação inicial, mas a gente faz o caso a caso..." (Mi).

As atualizações sobre o tema HIV/Aids são feitas por procura própria dos profissionais.

Ainda, a estrutura física da internação da DIP foi considerada adequada.

### 4.2.3 Para onde vai o usuário?

A comunicação, a troca de informações sobre o usuário entre os PA ocorre de maneira pessoal e não são institucionalizadas, embora isso esteja em fase de implantação: “... institucionalmente esses vínculos não estão bem definidos e os processos não estão bem definidos. Ou você joga a responsabilidade pro paciente resolver que aí é pior ainda.” (Dó). Dessa forma, essa comunicação é variável: “... O melhor convívio que a gente tem é com a farmácia [Farmácia Escola]...” (Mi), “... a gente sabe que o atendimento da farmácia é excelente né, mas a gente mesmo ir até a farmácia conversar ou o farmacêutico ir até o ambulatório é uma situação bem rara né... a gente tem poucos contatos diretos.” (Fá); “Infelizmente, não temos uma reunião regular... há um momento de articulação importante na reunião de enfermagem da visita médica... com isso a gente discute, conversa, comenta, acerta condutas, delibera e segue em frente né... aqui no ambulatório é muito um pouco a informalidade, então eu vou lá, eles vêm aqui... Não temos é uma reunião, [nós] adoraríamos, pra discutir casos ambulatoriais...” (Ré); “a gente tá com uma boa articulação com a equipe da farmácia... por exemplo, eles identificam [algum problema] lá na hora de entregar o antirretroviral... dependendo do relato eles nos comunicam, podem inclusive encaminhar...” (Ré); “A gente se comunica, mas... não é sistemático. A gente quer criar esses vínculos, esses links com o serviço de seguimento. A gente vai fazer um trabalho de triagem aqui [Farmácia Escola], mas a gente quer que o médico lá, reconhecendo a dificuldade do paciente com a adesão, que ele encaminhe esse paciente para o serviço de seguimento... a gente quer fazer um link com o pessoal do Com-vivência, os médicos, os infectologistas pra que eles encaminhem os pacientes... mas isso não existe ainda... [O que existe é] uma comunicação informal...” (Sol).

Se o usuário é estável, geralmente, ele voltará ao ambulatório da DIP com menor frequência. O usuário que sai da internação da DIP pode escolher se quer ser acompanhado pelo HUB ou perto de casa, ou ainda pelo serviço de origem. Se for acompanhado pelo ambulatório do hospital, ele já sairá com a consulta agendada. A marcação da mesma é feita por prioridade, baseando-se na adesão e na disponibilidade do usuário. Se for acompanhado pela rede de saúde do DF, ele vai

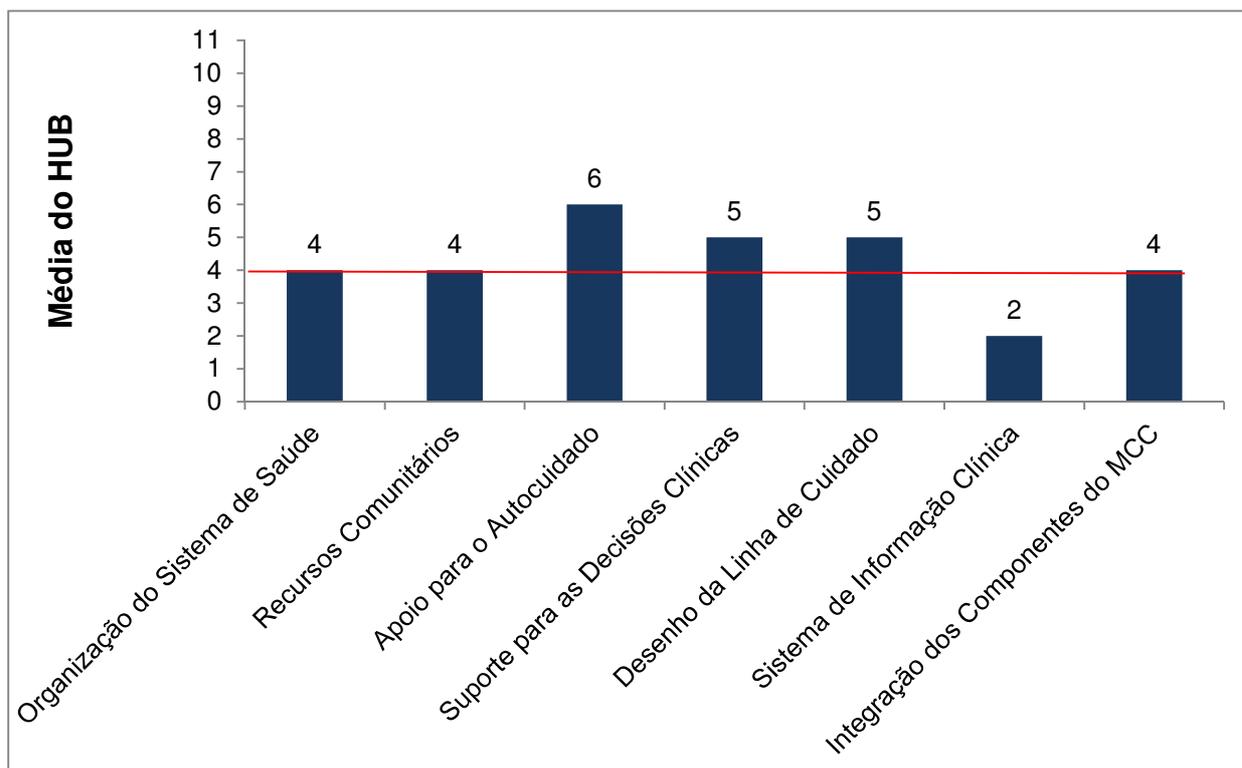
com um relatório onde é registrado todo o histórico clínico, desde quando chegou ao HUB e o motivo pelo qual está indo para aquela outra unidade.

Ainda há pouca comunicação do hospital com outros pontos da rede de atenção do DF. Não há atividades em comum: a Farmácia Escola se comunica com outras unidades dispensadoras por meio de rede social sobre questões que possam surgir no cotidiano. Contudo, este PA não consegue se comunicar com o prescritor, apenas se o farmacêutico conhecê-lo. Igualmente, o Com-vivência começou a realizar algumas trocas de experiências e a repassar as ferramentas de avaliação psicossocial que o PA utiliza a outros profissionais da rede de atenção do DF: "... Nós estamos fazendo uma articulação muito interessante... que são as psicólogas que trabalham HIV/Aids na rede [do DF]. Nós fizemos uma reunião com quase todas aqui..." (Ré). A perspectiva é que a médio e longo prazo, o hospital assuma sua função na atenção à saúde de ponto de atenção terciário e secundário, e que os atendimentos da atenção primária sejam encaminhados para as unidades básicas.

### 4.3 DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (ACICC – VERSÃO 3.5)

O Gráfico 1 mostra a média geral (linha vermelha) e a média da pontuação média para cada um dos seis elementos do MCC, bem como para a integração dos mesmos. A maioria dos componentes foi avaliada com capacidade básica para a atenção às PVHA. Assim, alcançando a média geral quatro (Quadro 2), o hospital também foi classificado com capacidade básica de apoio ao cuidado às PVHA.

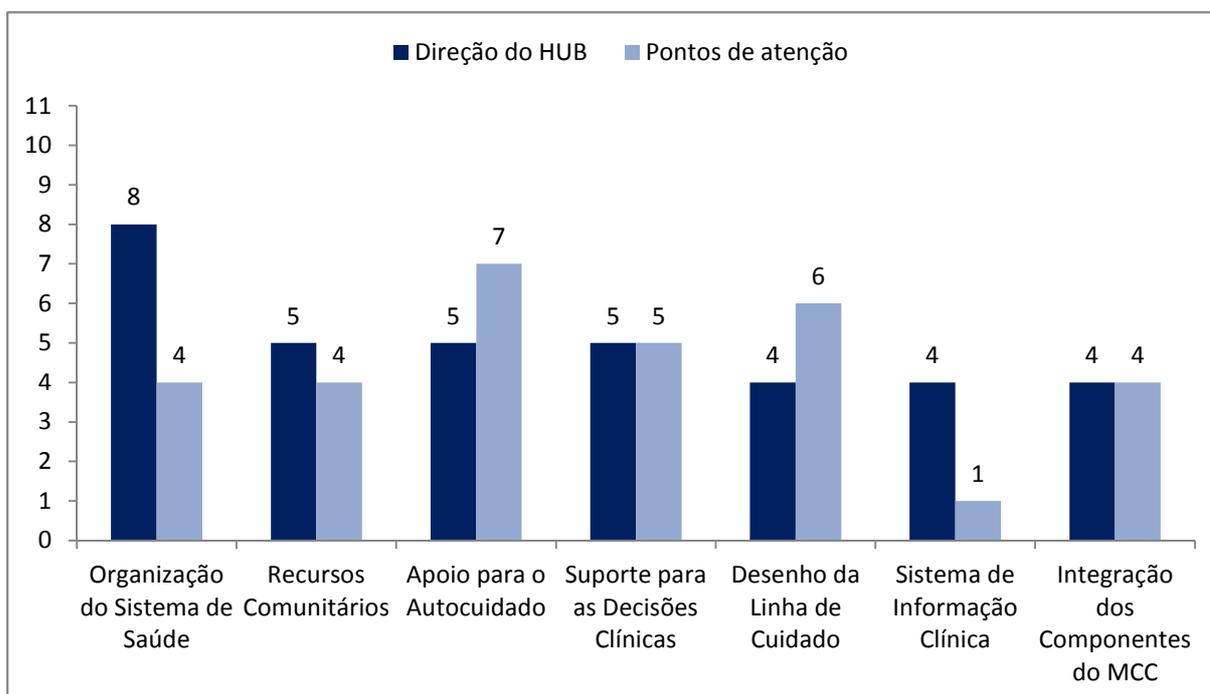
Gráfico 1- Escore médio final do ACICC por componente do modelo no HUB - 2014



Fonte: Elaborado pela autora; capacidade limitada (0 a 2); capacidade básica (3 a 5); capacidade razoável (6 a 8); capacidade excelente (9 a 11)

O Gráfico 2 mostra uma comparação da avaliação na perspectiva do gestor e dos pontos de atenção por componente do modelo no HUB. Claras diferenças de percepção da capacidade do hospital na oferta de cuidado às PVHA podem ser notadas nos elementos: organização do sistema de saúde, apoio para o autocuidado, desenho da linha de cuidado e sistema de informação clínica.

Gráfico 2 - Comparação do escore final do ACICC entre a direção do HUB e os pontos de atenção por componente do modelo no HUB



Fonte: Elaborado pela autora; capacidade limitada (0 a 2); capacidade básica (3 a 5); capacidade razoável (6 a 8); capacidade excelente (9 a 11)

O Quadro 2 mostra a média encontrada para cada linha do questionário- que representa cada um dos aspectos fundamentais da atenção às condições crônicas-, a média da pontuação média de cada um dos seis elementos do MCC e da integração dos mesmos e a média geral. Destaca-se que o elemento sistema de informação clínica foi classificado com capacidade limitada, enquanto o elemento autocuidado apoiado foi classificado com capacidade razoável para o cuidado às PVHA.

Quadro 2 - Avaliação da Capacidade Institucional do HUB para a atenção às PVHA considerando cada aspecto fundamental da atenção às condições crônicas

Resultados da Avaliação do Cuidado às PVHA	HUB, 2014	
	ESCORE	NÍVEL
<b>Parte 1 - Organização do Sistema de Saúde</b>	<b>4</b>	<b>C Apoio Básico para o Cuidado de DC</b>
Liderança organizacional do sistema de saúde para a atenção às PVHA	7	B Razoavelmente desenvolvido o Cuidado de DC
Metas organizacionais para a atenção às PVHA	3	D Apoio Limitado para o Cuidado de DC
Estratégias de melhoria da atenção para PVHA	3	C Apoio Básico para o Cuidado de DC
Políticas e incentivos para a gestão das PVHA	2	D Apoio Limitado para o Cuidado de DC
Autoridades institucionais	5	C Apoio Básico para o Cuidado de DC
Capacitações, materiais educativos e de apoio	5	C Apoio Básico para o Cuidado de DC
<b>Parte 2 - Recursos Comunitários</b>	<b>4</b>	<b>C Apoio Básico para o Cuidado de DC</b>
Associar os usuários com recursos da comunidade (externos)	4	C Apoio Básico para o Cuidado de DC
Parcerias com as organizações comunitárias	2	D Apoio Limitado para o Cuidado de DC
Planos de saúde regionais ou locais	5	C Apoio Básico para o Cuidado de DC
<b>Parte 3.a - Apoio para o Autocuidado</b>	<b>6</b>	<b>B Razoavelmente desenvolvido o Cuidado de DC</b>
Avaliação e documentação das atividades realizadas para o autocuidado e necessidades	6	C Apoio Básico para o Cuidado de DC

Apoio ao autocuidado	5	C Apoio Básico para o Cuidado de DC
Suporte psicossocial aos usuários e familiares	7	B Razoavelmente desenvolvido o Cuidado de DC
Intervenções efetivas para mudança de comportamento e grupos de apoio	7	B Razoavelmente desenvolvido o Cuidado de DC
<b>Parte 3.b - Suporte para Decisões Clínicas</b>	<b>5</b>	<b>C Apoio Básico para o Cuidado de DC</b>
Diretrizes baseadas em evidência	7	B Razoavelmente desenvolvido o Cuidado de DC
Envolvimento de especialistas na melhoria da atenção primária	4	C Apoio Básico para o Cuidado de DC
Educação permanente das equipes em atenção às PVHA	4	C Apoio Básico para o Cuidado de DC
Informação aos usuários sobre as diretrizes	5	C Apoio Básico para o Cuidado de DC
<b>3.c - Desenho da Linha de Cuidado</b>	<b>5</b>	<b>C Apoio Básico para o Cuidado de DC</b>
Linha de cuidado para a atenção	5	C Apoio Básico para o Cuidado de DC
Liderança das equipes de saúde	6	C Apoio Básico para o Cuidado de DC
Sistema de agendamento	6	C Apoio Básico para o Cuidado de DC
Monitoramento	4	C Apoio Básico para o Cuidado de DC
Consultas planejadas para atenção às PVHA	5	C Apoio Básico para o Cuidado de DC
Referência ao especialista ou a serviços de apoio diagnóstico	5	C Apoio Básico para o Cuidado de DC
<b>3.d Sistema de Informação Clínica</b>	<b>2</b>	<b>D Apoio Limitado para o Cuidado de DC</b>
Prontuário clínico eletrônico	1	D Apoio Limitado para o Cuidado de DC
Registro (lista de usuários com condições específicas)	2	D Apoio Limitado para o Cuidado de DC

<b>Alertas aos profissionais</b>	<b>2</b>	<b>D Apoio Limitado para o Cuidado de DC</b>
<b>Retroalimentação (“<i>feedback</i>”)</b>	<b>1</b>	<b>D Apoio Limitado para o Cuidado de DC</b>
<b>Informação relevante sobre subgrupos de usuários que requerem serviços especializados</b>	<b>1</b>	<b>D Apoio Limitado para o Cuidado de DC</b>
<b>Planos terapêuticos dos usuários</b>	<b>3</b>	<b>D Apoio Limitado para o Cuidado de DC</b>
<b>Integração dos Componentes do MCC</b>	<b>4</b>	<b>C Apoio Básico para o Cuidado de DC</b>
<b>Informando usuários sobre protocolos</b>	<b>5</b>	<b>C Apoio Básico para o Cuidado de DC</b>
<b>Registros ou sistemas de informação</b>	<b>4</b>	<b>C Apoio Básico para o Cuidado de DC</b>
<b>Programas comunitários</b>	<b>1</b>	<b>D Apoio Limitado para o Cuidado de DC</b>
<b>Plano organizacional para Atenção às PVHA</b>	<b>4</b>	<b>C Apoio Básico para o Cuidado de DC</b>
<b>Rotina de monitoramento para consultas, avaliação do usuário e planejamento de metas</b>	<b>2</b>	<b>D Apoio Limitado para o Cuidado de DC</b>
<b>Diretrizes para a Atenção às PVHA</b>	<b>5</b>	<b>C Apoio Básico para o Cuidado de DC</b>
	<b>4</b>	<b>C Apoio Básico para o Cuidado de DC</b>

Fonte: MacColl Institute for Healthcare Innovation, Group Health Cooperative. Assessment of Chronic Illness Care Version 3.5, 2000. A, capacidade excelente; B, capacidade razoável; C, capacidade básica; D, capacidade limitada. Nota: adaptações de nomenclatura foram feitas no quadro (inserção da palavra PVHA).

O Quadro 3 mostra apenas os indicadores que apontaram capacidade limitada no HUB, de acordo com os componentes do MCC.

Quadro 3 - Indicadores com capacidade limitada no HUB

<p><b>Organização do Sistema de Saúde:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metas organizacionais para a atenção às PVHA</li> <li>• Políticas e incentivos para a gestão das PVHA</li> </ul>
<p><b>Recursos Comunitários:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parcerias com as organizações comunitárias</li> </ul>
<p><b>3d - Sistema de Informação Clínica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prontuário clínico eletrônico</li> <li>• Registro (lista de usuários com condições específicas)</li> <li>• Alertas aos profissionais</li> <li>• Retroalimentação (“<i>feedback</i>”)</li> <li>• Informação relevante sobre subgrupos de usuários que requerem serviços especializados</li> <li>• Planos terapêuticos dos usuários</li> </ul>
<p><b>Integração dos componentes do MCC:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas comunitários</li> <li>• Rotina de monitoramento para consultas, avaliação do usuário e planejamento de metas</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora

## 5. DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que o ambulatório e a emergência são as principais portas livres de entrada para o usuário, independente de ele já ter o diagnóstico de HIV. No ambulatório, o serviço mais procurado é o Com-vivência, tendo papel fundamental na inserção do usuário à rede de cuidado. Embora as PVHA tenham potencial para utilizar todos os serviços do hospital, os principais pontos de atenção identificados foram o ambulatório da DIP, o Com-vivência, a Farmácia Escola e a internação da DIP. Dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, as PVHA contam especialmente com a radiologia, o laboratório de análises clínicas e a farmácia hospitalar.

Conforme mostrou a revisão integrativa, publicações com a temática MCC e PVHA são raras até o momento, talvez por ser uma doença transmissível a aids está incluída em um modelo de cuidado tradicional. O processo de busca conseguiu resgatar apenas um estudo (TU et al., 2013).

O que aproxima o estudo realizado por TU e colaboradores (2013) deste trabalho é a utilização do MCC como ferramenta de apoio para a proposta de mudança do cuidado às PVHA. Os autores implantam o MCC e avalia as mudanças que o modelo trouxe aos processos de trabalho, bem como os desfechos clínicos positivos agregados à saúde dos usuários (TU et al., 2013). Entretanto, este estudo buscou apenas descrever o cenário no qual o cuidado às PVHA é prestado no HUB para então, a partir do embasamento teórico, buscar melhoria em cada um dos componentes fundamentais do modelo.

Contudo, outro estudo, mais compatível metodologicamente com esta pesquisa, foi encontrado após a fase da revisão integrativa. Em 2010, Drabo e colaboradores também avaliaram a capacidade de alguns hospitais em um país africano para o cuidado às PVHA e os usuários com tuberculose utilizando o ACICC, e foram encontradas semelhanças com os resultados deste estudo para cada um dos componentes do MCC.

Assim como no trabalho de Drabo e colaboradores (2010), o ACICC revelou que, de modo geral, o HUB oferece apoio básico à atenção à saúde das PVHA. Em ambas as pesquisas, o elemento sistema de informação clínica foi avaliado com a

pior capacidade, com destaque para a existência de um sistema de informação baseado em registros feitos ainda em papel, o que pode dificultar a gestão das ações e a avaliação da qualidade do cuidado, e aumentar os erros médicos (CHAUDHRY et al., 2006; HILLESTAD et al., 2005; KALOGRIOPOULOS et al., 2008). Com exceção dos registros feitos pelo Com-vivência, não há registros das PVHA estratificadas por risco nem informações relevantes sobre esses subgrupos. Sem um sistema de informação eficaz, não há alertas aos profissionais nem sobre protocolos nem sobre subgrupos de usuários que necessitariam de cuidado diferenciado. Ademais, o retorno à equipe de saúde quanto ao seu desempenho é praticamente inexistente. Segundo Hillestad e colaboradores (2005), o prontuário clínico eletrônico tem quatro funções principais: comunicação, coordenação, avaliação e apoio no suporte à decisão. Assim, seu uso pode aumentar a segurança do usuário por meio do emprego de alertas, lembretes, prescrição eletrônica e facilidade de acesso às informações clínicas, o que permite a identificação das interações medicamentosas e reduz erros médicos. O sistema de informação clínica tem benefício constatado nas ações de promoção da saúde, prevenção de fatores de risco e de complicações, pois ao integrar as recomendações baseadas em evidências, facilita no manejo das condições crônicas de saúde, ademais de colaborar no seu monitoramento e no seu ajuste, quando couber, para minimizar complicações e reduzir custos com internações por eventos agudos (CHAUDHRY et al., 2006; HILLESTAD et al., 2005; KALOGRIOPOULOS et al., 2008; TOMASI et al., 2004). Ainda, os usuários que recebem cuidados de saúde em vários estabelecimentos se beneficiam das trocas de informações integradas à rede de saúde. Porém, nem sempre é possível a aquisição da tecnologia apropriada, devido aos altos custos e à resistência dos profissionais às novas tecnologias. Embora um sistema de informação clínica, de preferência eletrônico, seja necessário pelos benefícios que oferece, não é suficiente para transformar a atenção à saúde (HILLESTAD et al., 2005; TOMASI et al., 2004).

Segundo os resultados de Drabo e colaboradores (2010), o que se repetiu neste estudo, o elemento autocuidado apoiado foi o melhor avaliado. Para além do aconselhamento no início do tratamento e dos atendimentos individuais, o suporte por grupos de pares e um programa de tutoria foram estratégias de sucesso adotadas com a parceria de organizações comunitárias e associações de PVHA

(DRABO et al., 2010). Algumas intervenções para o autocuidado encontradas na literatura têm tido resultados promissores, como as consultas individuais, em grupo e o suporte via telefone, embora haja barreira para esta última por dificuldades de reembolso das ligações feitas (DAMUSH et al., 2009; WAGNER et al., 2001). Uma meta-análise encontrada trouxe resultados da comparação entre o cuidado normalmente oferecido e algumas intervenções de apoio ao autocuidado aos usuários com condições crônicas feitas pelo período de seis meses, como mudanças na atividade física, no manejo dos sintomas cognitivos, na comunicação com os profissionais de saúde e no automonitoramento. A significância estatística e a qualidade da evidência encontrada foram consideradas baixas. Todavia, alguns grupos de usuários podem melhor responder às intervenções (FRANEK, 2013). Então, enfatiza-se que o Com-vivência, como um centro de apoio psicossocial às PVHA, tem grande influência no autocuidado, porque foi o PA mais bem posicionado quanto à capacidade de oferecer atenção à saúde e o mais citado por outros profissionais por causa dos serviços que disponibiliza aos usuários. Esse PA oferece informação às PVHA sobre as diretrizes clínicas com metodologia adequada para a educação em saúde, realçando a importância do usuário para o efetivo cumprimento da diretriz. Ainda, as articulações e parcerias com a comunidade podem ser mais exploradas a fim de descentralizar o suporte para o autocuidado, explorando vários atores da comunidade no que tange ao cuidado às PVHA, além de ser uma oportunidade de expandir os serviços, principalmente, daqueles que a organização de saúde não dispõe (DRABO et al., 2010; TU et al., 2013; WAGNER et al., 2001).

Outra semelhança entre os achados de Drabo e colaboradores (2010) e este estudo foi quanto à avaliação do componente de desenho da linha de cuidado com capacidade básica. Todos os PAs identificados estão envolvidos em algum nível no desenho da linha de cuidado, entretanto se faz necessária a melhoria em aspectos fundamentais deste componente. O trabalho em equipe multidisciplinar é mais empregado às PVHA que estão internadas do que as que utilizam o ambulatório. A equipe é basicamente formada por médicos e psicólogos, sendo que a participação do farmacêutico acontece essencialmente nas visitas semanais na internação. Vale enfatizar que a participação desse profissional se dá por uma livre iniciativa da docência da UnB e tem sido uma mais-valia para o monitoramento da PVHA e para o trabalho da equipe de saúde, porém há necessidade de maior inserção dos

profissionais do HUB. A equipe de enfermagem da internação não se encontra integrada à equipe, nem a nutrição. No ambulatório um enfermeiro está se integrando à equipe multidisciplinar, entretanto, os farmacêuticos que atuam na Farmácia Escola têm pouca aproximação da equipe que atua no ambulatório. Estudos mostram que o trabalho em saúde por meio de uma equipe multidisciplinar proporciona muitos desfechos funcionais aos usuários com condições crônicas (BODENHEIMER et al., 2009; MITCHELL et al., 2008). Wagner e colaboradores (2001) mostraram resultados positivos nas intervenções realizadas por farmacêuticos e enfermeiros e que incluíram o suporte no autocuidado e nas mudanças comportamentais, o monitoramento para avaliar a resposta à terapia e a capacidade no autocuidado e o ajuste da terapêutica conforme o protocolo. Outros estudos também afirmaram que a intervenção do farmacêutico e do enfermeiro aos usuários com hipertensão alcançou melhora significativa no controle da pressão arterial (BODENHEIMER et al., 2009; CARTER et al., 2009). Dessa forma, acredita-se que a maior inserção desses profissionais pode colaborar no cuidado às PVHA.

Ressalta-se, ainda, a importância da organização de saúde na efetividade das estratégias de melhoria. Esta pesquisa mostrou uma grande diferença e contraposição entre a percepção da direção do HUB (capacidade razoável) e dos PAs (capacidade básica) sobre a forma que o hospital está organizado para atender às PVHA. Também segundo Wagner e colaboradores, quando as metas, o plano institucional, além do suporte da organização de saúde não estão bem definidos, o envolvimento, a motivação e o suporte dos profissionais no cuidado podem ficar comprometidos. Faz-se necessária forte liderança organizacional e os incentivos apropriados para que haja mudanças coerentes e efetivas no cuidado a estes usuários (WAGNER et al., 2001).

A implantação do MCC para a melhoria da atenção à saúde em diferentes condições crônicas tem repercutido bastante sucesso (COLEMAN et al., 2009). Tu e colaboradores (2013) mostraram que intervenções específicas e voltadas para os seis elementos do MCC melhoraram significativamente a adesão à TARV, a imunização, a testagem para o HIV e as taxas de supressão do vírus nas PVHA. Barceló e colaboradores (2009) mostraram que a implantação MCC melhorou o controle metabólico em usuários diabéticos. Usuários com asma que receberam intervenções a partir de um plano de ação baseado no MCC tiveram melhor controle

de sua condição clínica, com melhora da qualidade de vida, quando comparados com aqueles que não receberam esta intervenção (MANGIONE-SMITH et al., 2005).

A implantação do MCC deve vir acompanhada de mudanças efetivas no cuidado às condições crônicas. A melhoria dos processos de trabalho e da organização do sistema de saúde pode acontecer com a estruturação de um programa de mudança de modelo institucional de atenção, com a avaliação do *status quo*, e o planejamento e avaliação de ações, estabelecendo metas mensuráveis para a melhoria da qualidade do cuidado prestado, monitoramento e adequação de condutas. Para o suporte no autocuidado, é importante enfatizar o papel do usuário, dar um suporte individual por meio de uma equipe de treinada, incluindo a elaboração de folhetos informativos e educação em saúde para engajar os usuários no manejo da sua condição, o que poderá favorecer melhores desfechos de saúde. Para o suporte às decisões, as diretrizes clínicas devem ser obedecidas e os profissionais devem ser treinados para o manejo da condição de saúde. Além disso, a inserção das diretrizes clínicas na prática, por meio de um sistema eletrônico que ofereça lembretes sobre elas, pode colaborar na melhoria do cuidado (BARCELÓ et al. 2009; TU et al., 2013, WAGNER et al., 2005). Tu e colaboradores (2013), no elemento desenho da linha de cuidado às PVHA, priorizaram o trabalho em equipe dos profissionais, destacando o papel do enfermeiro no monitoramento sanguíneo, nas imunizações e testagem para comorbidades; implantou um sistema automático de ligação, caso o usuário faltasse às consultas ou ao monitoramento sanguíneo. Também, fez parcerias com algumas organizações comunitárias, as quais passaram a participar de encontros mensais com as PVHA.

Os esforços por melhoria podem variar de componente para componente do MCC. O suporte às informações clínicas é o mais intensamente trabalhado, enquanto que o desenvolvimento de conexões com os recursos da comunidade é o menos focado (PEARSON et al., 2005). Sabe-se que a mudança em vários elementos do MCC está associada a melhor qualidade do cuidado, especialmente, nos elementos desenho da linha de cuidado, suporte à decisão clínica, autocuidado apoiado e sistema de informação clínica (COLEMAN et al., 2009; TSAI et al., 2005).

O grau das intervenções pode também variar dentro de cada elemento, salientando determinados aspectos. Por exemplo, Pearson e colaboradores (2005) constataram que no desenho da linha de cuidado enfatiza-se mais o monitoramento

proativo dos usuários. Semelhantemente, no autocuidado apoiado são enfatizados recursos e ferramentas de educação e autocuidado ao usuário. Os aspectos menos trabalhados foram o trabalho em equipe, a disponibilidade das diretrizes clínicas para os usuários e o suporte de especialista na consulta. Embora a natureza e o grau da implantação do MCC possam estar associados ao nível de transformação nos cenários de saúde, deve-se levar em consideração que o contexto dentro de cada ambiente de prática pode também influenciar a capacidade das equipes em realizar mudanças e melhorar a atenção à saúde. As organizações de saúde que têm melhores tecnologias da informação parecem ser mais aptas, ter maior sucesso na implantação do MCC e alcançar maiores resultados do que aquelas com tecnologias da informação limitadas. Porém, mais estudos devem ser feitos para esclarecer quais as condições preditivas do sucesso do MCC (COLEMAN et al., 2009).

Considerando os estudos citados neste trabalho, abaixo seguem as nossas recomendações sobre três dos componentes (organização do sistema de saúde, sistema de informação clínica e o desenho da linha de cuidado) que poderiam ser alvos iniciais mais importantes de mudança para o HUB:

Na organização do sistema de saúde, sugere-se: o estabelecimento de metas organizacionais claras a todos os profissionais e maiores incentivos e regulação ao desempenho dos profissionais.

No sistema de informação clínica, sugere-se a adoção de um prontuário clínico eletrônico que integre todos os serviços do hospital, inclusive a RAS do DF, futuramente. Um sistema de prontuário clínico eletrônico diminuiria problemas advindos dos registros em papel, como prontuário que some durante as translocações entre PAs, informações incompreendidas por causa da caligrafia ou incompletas e alto volume de papéis circulando nos processos de trabalho, por exemplo, e tornaria os processos de trabalho mais bem organizados e a informação acessível a qualquer profissional de saúde que dela precisasse; a estratificação das PVHA em subgrupos que precisam de maior cuidado; a implantação de alertas para os profissionais que definam intervenções necessárias às subpopulações. A ideia seria que esses dispositivos estivessem conectados com as informações do prontuário eletrônico, onde a ausência do usuário à consulta ou à retirada periódica da TARV fosse notificada, por exemplo. Na impossibilidade da implantação imediata

de um sistema assim, pode-se começar com a sistematização dos registros dos usuários em pastas compartilhadas, nas chamadas “nuvens”, entre os PAs que atendem às PVHA. Outras sugestões seriam um maior retorno à equipe de saúde quanto ao seu desempenho na atenção à saúde às PVHA e a elaboração do plano de cuidado por uma equipe multidisciplinar de saúde, o que requereria o envolvimento de médico especialista, psicólogo, assistente social e farmacêutico, por exemplo, bem como o monitoramento regular e a disponibilidade desse documento em um sistema informatizado.

Finalmente, no desenho da linha de cuidado, sugere-se: uma maior regularidade na comunicação e troca de informações sobre os usuários entre os PAs. Assim como é feito com as PVHA internadas, poderiam ser estabelecidas reuniões mensais para a discussão de casos ambulatoriais com os profissionais responsáveis pelas PVHA com o objetivo de identificar subpopulações que necessitam de acompanhamento mais frequente e de outras intervenções, como a reavaliação clínica e a reorientação de metas e de terapêutica para o efetivo manejo da sua condição; a definição de um líder com papel bem definido na atenção às PVHA; a atenção em grupo às PVHA, tanto ambulatorial quanto na internação, especialmente, com a presença de um farmacêutico; o uso de metodologias diferenciadas para o monitoramento das PVHA, como telefonemas, e-mail ou atenção em grupo, como já referido. Uma forma econômica de fazer o monitoramento via telefone seria por meio da conexão do celular do profissional com a Wi-Fi do hospital, isto é, o profissional teria instalado em seu aparelho um aplicativo que permitisse ligações para telefones fixos, a princípio, bastando o celular estar conectado à rede de internet, sendo esta o único custo do hospital; a adoção de um sistema de agendamento integrado a todo o hospital onde fosse possível acessar a “conta do usuário” da PVHA e a partir daí adicionar as marcações de consulta, exames, observações do cuidado e afins.

Os aspectos positivos deste estudo foram: a pesquisa com roteiro (SANTOS, 1999) (entrevista prévia com profissionais responsáveis pela atenção à saúde das PVHA) como ferramenta exploratória do campo de investigação e para obter maior conhecimento do problema, objetivando torná-lo mais claro; a coleta de dados feita por entrevista semiestruturada, o que possibilita a flexibilidade do entrevistador às características e às circunstâncias do entrevistado e dá maior liberdade de fala a

este; o baixo grau de interferências para esclarecimento de conceitos; a entrevista áudio-gravada que permite maior recolha e recuperação adequada das informações durante a etapa de análise e tratamento dos dados; escolha dos informantes-chave para a entrevista que melhor conheciam o funcionamento dos PAs; a entrevista antecedeu a aplicação do questionário, eliminando as influências deste, já que possui a característica de sugerir o que o PA deveria ter a fim de passar para o nível seguinte de capacidade. Essa antecipação da entrevista também ajudou a confrontar e complementar os dados coletados do questionário para uma compreensão mais ampla do objeto de estudo; o uso de questionário formal (o ACICC) autoexplicativo e com tradução transcultural, ajudando os respondentes a localizarem o nível de capacidade no qual o seu PA estaria situado; o questionário foi preenchido por um grupo de profissionais em reunião presencial, na tentativa de bloquear o viés de seleção; e as respostas do questionário foram obtidas por consenso de cada linha do mesmo, também a fim de minimizar o viés de aferição.

Entretanto, como possíveis limitações tem-se a estratégia de busca para a revisão integrativa, que não contemplou a palavra ACICC ou ACIC (em inglês), o que pode ter excluído dos resultados artigos que também utilizaram o MCC e tinham essa palavra em seu título e/ou resumo. Quanto às ferramentas eleitas para a descrição da atenção prestada, se percebe que as informações obtidas em campo podem não representar a totalidade dos fatos, o que pode ocasionar conclusões distantes da realidade, mesmo trabalhando com dois métodos para obtenção de dados (entrevistas com informantes-chave e aplicação de questionário de autoavaliação) para reunir o máximo de informações sobre o objeto de estudo. Observou-se que as diferenças de *backgrounds* dos profissionais sobre alguns conceitos na área de atenção à saúde podem ter ocasionado enviesamento dos resultados, pois demandaram esclarecimentos por parte da equipe de pesquisa, principalmente, durante as entrevistas. Outra limitação importante foi a falta da perspectiva do usuário, devido à impossibilidade de aplicação da ferramenta de avaliação da capacidade do cuidado sob a perspectiva do usuário (*Patient Assessment of Chronic Illness Care - PACIC*), por limitação de tempo e de recursos humanos.

## 6. CONCLUSÃO

Este estudo fez um diagnóstico situacional da organização da linha de cuidado e de outros elementos importantes na atenção às PVHA no HUB, por meio de estratégias que combinaram o relato de informantes-chave e a aplicação de um questionário validado de autoavaliação da capacidade institucional (ACCIC).

As diferentes portas de entrada e pontos de atenção às PVHA identificados e descritos fazem com que o modelo de cuidado adotado pelo HUB tome em consideração os princípios da universalidade de saúde (direito à saúde para todos), da integralidade (assistência que busca atingir a totalidade das demandas e necessidades do usuário), da autonomia (direito do usuário à informação sobre a sua própria saúde) e da igualdade (livre de preconceitos sobre a condição de saúde das PVHA). Assim, esse conhecimento poderá contribuir para futuras intervenções que visem mudanças efetivas no HUB, além de servir como embasamento para a adequação da RAS, melhorando os resultados no cuidado integral às PVHA.

O processo histórico pelo qual o HUB passou mostra que o estilo de gestão e os financiamentos anteriores podem ter influenciado na forma com que os processos de trabalho são realizados hoje, bem como nos dados encontrados que apontam dificuldades quanto à organização do sistema de saúde que, por conseguinte, se desdobrariam em dificuldades nos outros cinco componentes do MCC. Percebe-se que a gestão dos serviços precisa ser mais bem coordenada e organizada para colaborar na oferta de cuidados efetivos e resolutivos no manejo da condição de saúde da PVHA sob o olhar da integralidade.

Porque o HUB está inserido no SUS, o hospital fica incumbido de desempenhar os princípios e diretrizes deste sistema numa perspectiva de integração com outros serviços da rede de saúde do DF, visto a sua característica de ponto de atenção de média e alta complexidade. Portanto, ele deve assumir seu papel dentro da RAS como hospital especializado que é coordenado pela APS. Devem-se unir esforços para que a comunicação com a RAS aconteça mais e melhor, dando ênfase a um caminho, a uma linha de cuidado às PVHA não restrita ao lado de dentro dos muros do HUB e na qual a APS de fato coordene o manejo da condição de saúde desses indivíduos sob a concepção de serviços integrados e,

sobretudo, da integralidade de cuidados. Dessa maneira, os retrabalhos e os gastos em saúde serão minimizados; os processos de trabalho organizados; o profissional de saúde terá maior motivação e melhor esclarecimento sobre seu papel e função no cuidado e o usuário será empoderado a cuidar da sua saúde.

A questão é: como efetivar aquilo que é preceito legal? Em 2014, o SUS completou 25 anos de existência e é verdade que, nos seus primeiros anos de implantação, muitas discussões foram feitas em pró de efetivar essa noção universal de saúde que nascia, especialmente, no que se refere à descentralização e à busca de financiamento. Porém, discussões sobre a organização dos serviços e a reorientação do modelo assistencial ficaram em segundo plano.

Na saúde, todo e qualquer processo de transformação deve ser gradativo e constante, além de reunir esforços das coletividades, pois para haver mudança sobre uma questão tão complexa como o modelo de atenção à saúde, como disse Aristóteles, “Uma andorinha só não faz verão”<sup>4</sup>. O pontapé inicial deve ser recíproco e dado por uma coletividade (líderes, gestores públicos, profissionais e cidadãos) estafada de saber e até saber fazer, mas que ansiosamente almeja saber fazer acontecer.

---

<sup>4</sup> ARISTÓTELES. **Guia do Estudante**. Disponível em: <http://guiadoestudante.abril.com.br/aventuras-historia/andorinha-so-nao-faz-verao-478105.shtml> Acessado em: 18 de nov. de 2014.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACTON, Kelly et al. **Improving Diabetes Care for American Indians.** Diabetes Care. 1993;16(1):372–5.

\_\_\_\_\_. **Putting Integrated Care and Education to Work for American Indians/Alaska Natives Manual of the Indian Health Services Diabetes Program.** Albuquerque NM: Department of Health and Human Services; 1995.

BARCELÓ, Alberto et al. **Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes:** The VIDA Project. Primary Care Diabetes 4, 145–153, 2010.

BODENHEIMER, Thomas et al. **Confronting The Growing Burden Of Chronic Disease:** Can The U.S. Health Care Workforce Do The Job? Health Affairs, 28, no.1 (2009):64-74.

BONOMI, Amy E. et al. **Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement.** Health Serv Res. 2002 Jun;37(3):791-820.

BRAGA, Everardo Cancela. **Cr terios de sufici ncia para análise de redes assistenciais** [minuta]. Exposi o de Motivos. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2006. Disponível em: <[http://www4.ensp.fiocruz.br/informe/anexos/ANS\\_CP26\\_motivos.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/informe/anexos/ANS_CP26_motivos.pdf)>. Acesso em: 02 de setembro de 2014

BRASIL: Constitui o (1988). **Constitui o da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

CARTER, Barry L. et al. **Physician and Pharmacist Collaboration to Improve Blood Pressure Control.** Arch Intern Med. 2009;169(21):1996-2002.

CHAUDHRY, Basit et al. **Systematic review:** impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. Ann Intern Med. 2006 May 16;144(10):742-52. Epub 2006 Apr 11.

COLEMAN, Katie et al. **Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium.** Health Aff January/February 2009, vol. 28 no. 1, 75-85.

DAMUSH, T. M. et al. **Implementing Evidence-Based Patient Self-Management Programs in the Veterans Health Administration:** Perspectives on Delivery System Design Considerations. J Gen Intern Med. 2010 Jan;25 Suppl 1:68-71.

DRABO, Koime Maxime et al. **Assessment of the health system to support tuberculosis and AIDS care.** A study of three rural health districts of Burkina Faso. Journal of Public Health in Africa 2010 ; volume 1:e4.

ELISSEN, A.M. et al. **Meta-analysis of the effectiveness of chronic care management for diabetes:** investigating heterogeneity in outcomes. *J Eval Clin Pract.* 2013 Oct;19(5): 753-62.

EPPING-JORDAN, JoAnne. et al. **Improving the quality of health care for chronic conditions.** *Qual Saf Health Care*, 2004, 13:299–305.

FRANCO, Túlio B et al. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, Emerson E. et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 125-133.

FRANEK, J. **Self-management support interventions for persons with chronic disease:** an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2013 Sep 1;13(9):1-60. eCollection 2013.

HILLESTAD, Richard et al. **Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care?** Potential Health Benefits, Savings, And Costs. *Health Affairs*, 24, no.5 (2005):1103-1117.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA. **Institucional.** Brasília, nov 2014. Disponível em: < <http://www.hub.unb.br/institucional.html> >. Acesso em: 03 de novembro de 2014

IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE [ICIC]. **Model Elements.** 2014a. Disponível em: <[http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Model\\_Elements&s](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Model_Elements&s)>. Acesso em: 14 de julho de 2014

\_\_\_\_\_. **The Chronic Care Model.** 2014b. Disponível em: <[http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_Chronic\\_CareModel&s=2](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_CareModel&s=2)>. Acesso em: 14 de julho de 2014

\_\_\_\_\_. **Chronic Care Model Literature.** 2014c. Disponível em: <[http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Chronic\\_Care\\_Model\\_Literature&s=64](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Chronic_Care_Model_Literature&s=64)>. Acesso em: 14 de julho de 2014

\_\_\_\_\_. **Assessment.** 2014d. Disponível em: <<http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Assessment&s=240>>. Acesso em: 16 de julho de 2014

KALOGRIOPOULOS, Nicholas A. et al. **Electronic Medical Record Systems for Developing Countries:** Review. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc.* 2009; 2009:1730-3.

MALTA, Débora Carvalho; MERHY, Emerson Elias. **O percurso das linhas de cuidado sob a perspectiva das doenças não transmissíveis.** *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MANGIONE-SMITH, R et al. **Measuring the effectiveness of a collaborative for quality improvement in pediatric asthma care:** does implementing the chronic

care model improve processes and outcomes of care?. *Ambul Pediatr.* 2005 Mar-Apr; 5(2):75-82.

MCEVOY, Peter; BARNES, Priscilla. **Using the chronic care model to tackle depression among older adults who have long-term physical conditions.** *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007 May;14(3):233-8.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** *Ciênc. saúde coletiva*, [S.l.], 15(5): 2297-2305, agosto, 2010.

\_\_\_\_\_. Os modelos de atenção à saúde. *In: \_\_\_\_\_.* **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, cap.3, 2011, p. 219-245.

\_\_\_\_\_. O modelo de atenção às condições crônicas na ESF. *In: \_\_\_\_\_.* **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, cap. 5, 2012a, p.139-172.

\_\_\_\_\_. Os níveis 3, 4 e 5 do modelo de atenção às condições crônicas na APS. As mudanças na clínica e na gestão da ESF. *In: \_\_\_\_\_.* **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, cap. 7, 2012b, p.371.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Public Health: state sector, applied Science, or ideology of the possible. *In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATIONS.* **The Crisis of Public Health: reflections for the debate.** Washington, D.C.: PAHO,1992.

MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas: Unicamp, 2003. (mimeogr.).

MINISTÉRIO DA SAÚDE [MS]. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **AIDS no Brasil.** [Brasil], 2012. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em: 08 de julho de 2014

MITCHELL, Geoffrey K. et al. **Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care.** *MJA* 2008; 188: S61–S64.

MOULLEC, Grégory et.al. **Efficacy of interventions to improve adherence to inhaled corticosteroids in adult asthmatics: impact of using components of the chronic care model.** *Respir Med*; 106(9): 1211-25, 2012 Sep.

MOYSÉS, Simone Tetu. et al. Validação transcultural dos instrumentos ACIC e PACIC para avaliação da percepção das equipes e das pessoas usuárias sobre a atenção às condições crônicas. *In: Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012.

NOBEL, J. **Bridging the knowledge-action gap in diabetes: information technologies, physician incentives and consumer incentives converge.** *Chronic Illn.* 2006;2(1):59-69.

NUTTING, Paul A. et al. **Use of chronic care model elements is associated with higher-quality care for diabetes.** *Ann Fam Med.* Jan-Feb 2007; 5(1): 14-20.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In: GIOVANELLA, Lígia et al., Org. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,2008. cap. 15, p. 555-560.

\_\_\_\_\_. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In: GIOVANELLA, Lígia et al., Org. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,2012. cap. 15, p. 474, 480.

\_\_\_\_\_. **O Que É o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

PALÁCIO, Marília Belfior et al. **O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde: possibilidades de integração da assistência.** *Porto Alegre: Psico*, 43(3): 350-367, jul./set. 2012. ilus.

PEARSON, Marjorie L et al. **Assessing the Implementation of the Chronic Care Model in Quality Improvement Collaboratives.** *Health Serv Res.* Aug 2005; 40(4): 978–996.

SANTOS, Antonio Raimundo. **Metodologia científica: a construção do conhecimento.** Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos.** *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2011, vol.16, n.3, pp. 1671-1680.

SILVER, Alan et al. **An asthma and diabetes quality improvement project: enhancing care in clinics and community health centers.** *J Community Health*; 36(2): 180-90, 2011 Apr.

SIMON, Gregory E. et al. **Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care.** *BMJ.* 2000 Feb 26;320(7234):550-4.

TAPP, Hazel et al. **Comparative effectiveness of asthma interventions within a practice based research network.** *BMC Health Serv Res.* 2011; 11: 188.

TEIXEIRA, Tatiana Rodrigues de Araujo et al. **Social geography of AIDS in Brazil: identifying patterns of regional inequalities.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(2): 259-271, fevereiro, 2014.

TOMASI, Elaine et al. **Health information technology in primary health care in developing countries: a literature review.** Bulletin of the World Health Organization 2004;82:867-874.

TSAI, Alexander C. et al. **A Meta-Analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses.** Am J Manag Care. Aug 2005; 11(8): 478–488.

TU et al. **Adoption of the chronic care model to improve HIV care in a marginalized, largely aboriginal population.** Can Fam Physician, 59, 650-657, 2013.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **AIDS em números.** [Brasil], 2013. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/documentos/Aids%20by%20the%20numbersPORT.pdf>>. Acesso em: 08 de julho de 2014

\_\_\_\_\_. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012.** [Geneva], 2012. Disponível em: <[http://www.unaids.org.br/documentos/UNAIDS\\_GR2012\\_em\\_en.pdf](http://www.unaids.org.br/documentos/UNAIDS_GR2012_em_en.pdf)>. Acesso em: 08 de julho de 2014

WAGNER, Edward H. et al. **Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care.** The journal of alternative and complementary medicine, volume 11, supplement 1, 2005, pp. S-7–S-15.

\_\_\_\_\_. **Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action.** Health Affairs, 20, no.6 (2001):64-78.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Number of people (all ages) living with HIV.** In: Global Health Observatory (GHO). 2014a. Disponível em: <[http://www.who.int/gho/hiv/epidemic\\_status/cases\\_all\\_text/en/](http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/cases_all_text/en/)>. Acesso em: 12 de julho de 2014

\_\_\_\_\_. **Number of deaths due to HIV/AIDS.** In: Global Health Observatory (GHO). 2014b. Disponível em: <[http://www.who.int/gho/hiv/epidemic\\_status/deaths\\_text/en/](http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/deaths_text/en/)>. Acesso em: 12 de julho de 2014

## APÊNDICE

### APÊNDICE A - Roteiro Semiestruturado para Linhas de Cuidado das Pessoas Vivendo com HIV/Aids

#### **De onde vem (para o HUB)**

De onde vem o usuário? De um serviço/estabelecimento? Qual? Ou espontaneamente?

Qual a prevalência de naturalidade?

Qual a prevalência de idade?

Qual a prevalência de gênero?

Qual a prevalência de comorbidade?

O usuário chega ao HUB já com o diagnóstico de HIV? Se não, qual a conduta a ser tomada?

Qual a prevalência dos que procuram o serviço por complicação da doença?

#### **Por onde entra e por onde anda**

Por quais pontos do hospital os usuários chegam à procura de serviços?

Há acolhimento neste ponto de atenção?

- ✓ Que tipo de usuário recebe acompanhamento do HUB? Quais os profissionais envolvidos? O trabalho é multidisciplinar?
- ✓ Da equipe de acolhimento, em sua opinião, há necessidade de acrescentar algum profissional na equipe?
- ✓ O que é feito no acolhimento? Há algum processo de rastreamento ou classificação por risco?

Como se dá a educação em saúde dos profissionais para o manejo do HIV neste ponto de atenção? Há atualizações sobre o assunto? Quem as realiza?

Quais são os serviços que o usuário tem acesso para o manejo do HIV/comorbidade neste ponto de atenção?

Em sua opinião, a estrutura para o adequado cuidado neste ponto de atenção é apropriada? Por quê?

Quais as informações foram dadas ao usuário sobre as condutas de tratamento que serão tomadas para o cuidado do HIV/comorbidade?

Quais as orientações dadas ao usuário para garantir sua adesão (autocuidado)?

Qual a conduta tomada quando não se consegue a adesão ao tratamento?

### **Para onde vai (HUB)**

Quais pontos de atenção ao HIV/Aids o senhor (a) reconhece no HUB?

Existe interação/comunicação (referência) entre este e os outros pontos de atenção identificados para o manejo do HIV?

De que maneira é feita esta interação/comunicação (referência) entre os pontos de atenção usados pelo usuário? Há repasse do prontuário clínico quando do atendimento do usuário em outros níveis de atenção?

Para onde o usuário é referenciado após ser cuidado neste ponto de atenção?

- ✓ Como funciona a marcação de consultas? Há prioridade? Há demora na espera?

### **Para onde vai (GDF)**

Quais os outros serviços no GDF (pontos de atenção) ao HIV/Aids o senhor (a) reconhece?

Existe interação/comunicação (referência) entre estes serviços e o seu ponto de atenção no HUB para o manejo do HIV?

De que maneira é feita esta interação/comunicação (referência)? Há repasse do prontuário clínico quando do atendimento do usuário em outros pontos de atenção?

Para onde o usuário é referenciado ou contrarreferenciado ao GDF após ser cuidado no HUB?

- ✓ Como funciona a marcação de consultas? Há prioridade? Há demora na espera?

## **PERGUNTAS ESPECÍFICAS**

### **Com-vivência**

Quais as atividades oferecidas aos usuários?

Existe alguma atividade envolvendo usuário e família para maior adesão ao tratamento e convívio social? Quais?

Existe algum problema neste ponto de atenção que considere necessário de mudança?

### **DIP**

Como é o esquema de tratamento do HIV na DIP? No caso de existência de comorbidades, como se dá o manejo da doença?

Como se dá o processo de avaliação de saúde de um usuário internado na DIP que tenha HIV/Aids?

### **Ambulatório**

Como se dá o processo de avaliação de saúde de um usuário em que é feito o diagnóstico de HIV/Aids? E o usuário em acompanhamento?

No caso de existência de comorbidades, como se dá o manejo da doença?

### **Farmácia-Escola**

Como funciona o SICLOM?

É feito seguimento farmacoterapêutico neste ponto de atenção?

### **Equipe de governança**

De que maneira ocorre a regulação e avaliação em saúde nos pontos de atenção às PVHA?

No caso de algum problema identificado na regulação ou avaliação, como se dá a comunicação da equipe de governança com os pontos de atenção às PVHA?

De que maneira a equipe de governança do HUB auxilia no desenvolvimento dos cuidados realizados com as PVHA? Quais as áreas da equipe de governança que estão envolvidas?

## ANEXOS

### ANEXO A- Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas – PVHA (ACICC – versão 3.5)

*“As pessoas necessitam de um cuidado que torne-as capacitadas para manejar seus problemas de saúde crônicos. Elas precisam de apoio para fazer coisas que gostam, para seguir seu tratamento e manter-se fisicamente ativas. Estamos focados em criar no sistema de saúde a habilidade para ajudar os pacientes nestes objetivos”*

Michael Von Korff, ScD, pesquisador sênior no CHS

#### **Introdução**

Os sistemas de saúde (instituições ou unidades de saúde) requerem ferramentas práticas de avaliação para guiar os esforços de melhoria da qualidade e para avaliar mudanças feitas na atenção às condições crônicas. Na resposta a esta necessidade, a equipe de funcionários ICIC desenvolveu o questionário de Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas (Assessment of Chronic Illness Care - ACIC) (Bonomi e outros., 2002). Elaborado a partir de uma ferramenta desenvolvida pelo Serviço de Saúde Indiano para a avaliação da atenção ao diabetes (Acton e outros., 1993, 1995), o ACIC é proposto para ser utilizado por equipes de saúde para: (1) identificar áreas para a melhoria da atenção em condições crônicas antes da implementação de ações/ projetos de melhoria de qualidade, e (2) avaliar o nível e a natureza das melhorias feitas em resposta às intervenções adotadas.

O questionário ACIC derivou de intervenções específicas, baseadas em evidência, para os seis componentes do modelo de atenção para condições crônicas, conforme figura abaixo (recursos da comunidade, organização do sistema de saúde, apoio para o autocuidado, desenho da linha de cuidado, suporte para decisões clínicas e sistema de informações clínicas) (Wagner, 1998). Como o modelo, o ACIC aborda os elementos básicos para melhorar o cuidado a estas condições na comunidade, no sistema de saúde (instituições e unidades), na prática clínica e no nível do usuário.

## Modelo de Cuidado para Doenças Crônicas



Fonte: WAGNER, 1998

### Instruções para o preenchimento

Este instrumento foi desenhado para o monitoramento da capacidade institucional de uma rede de atenção à saúde ou de algum ponto de atenção, por exemplo, um Hospital ou uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, para desenvolver o Modelo de Atenção a Condições Crônicas. O resultado pode apoiar gestores e equipes de saúde a melhorar a atenção às condições crônicas.

Após uma leitura do questionário e uma breve discussão sobre seu conteúdo, ele deve ser preenchido por um profissional de saúde ou, preferencialmente, em conjunto por uma equipe de saúde de um mesmo local.

1. **Responda cada questão** na perspectiva de um local (ex. UBS, hospital, clínica especializada) que atua na atenção às condições crônicas.

Indique o nome e tipo de local em análise: \_\_\_\_\_

2. **Responda cada questão** explicitando como sua organização está atuando frente a uma doença ou condição.

Especifique a doença ou condição \_\_\_\_\_

3. Descreva brevemente o processo utilizado para preencher o questionário (p. ex., preenchido por consenso em reunião presencial; preenchido por um líder em consulta com outros membros da equipe; preenchido por cada membro da equipe em separado e feito uma média das respostas).

Descrição: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Cada linha desse questionário apresenta aspectos fundamentais da atenção às condições crônicas. Cada aspecto é dividido em níveis e em valores que demonstram os vários estágios na melhoria da atenção às condições crônicas. Os estágios são representados pelos níveis D, C, B ou A e os valores de 0 a 11. Os valores mais baixos expressam capacidades institucionais menores e os mais altos capacidades institucionais maiores ou totalmente desenvolvidas para a atenção às condições crônicas. Para cada linha, **identifique o nível e então, dentro desse nível, circule o valor** que melhor descreve o nível de atenção praticado na instituição em análise em relação às condições crônicas consideradas. Caso exista divergência no grupo, discutam até chegar a um consenso. Apenas um valor pode ser preenchido por linha.
  
5. **Some o total dos valores de cada seção** e calcule a pontuação média correspondente. Preencha os campos no final de cada seção com os valores obtidos. Então, na última folha, preencha os campos com os valores obtidos de cada seção. Some todas as pontuações e complete a pontuação média para o programa como um todo.

## Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas – PVHA (ACICC)

**Parte 1: Organização da Atenção à Saúde:** A estruturação da gestão de programas (ou políticas institucionais) para condições crônicas pode ser mais efetiva se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado às condições crônicas.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
<b>A liderança organizacional (direção do HUB) em relação à mudanças na atenção às PVHA...</b>	...não existe ou há pouco interesse.	...está refletido na visão, na missão e no plano estratégico, mas não há recursos comprometidos para a execução do trabalho.	...está incorporado na organização e na sua liderança superior, com recursos específicos comprometidos (financeiros e humanos).	...é parte de planos estratégicos de longo prazo, há recursos humanos e financeiros comprometidos e possui equipe técnica designada, que é responsável pelas ações.
<b>Pontuação</b>	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11
<b>Metas organizacionais para a atenção às PVHA...</b>	...não existem ou são muito limitadas	...existem, estão documentadas, mas não são revisadas regularmente.	... existem, estão documentadas, são monitoradas e revistas.	... existem, estão documentadas, são monitoradas e revistas periodicamente e estão incorporadas nos planos de melhoria de qualidade institucional.
<b>Pontuação</b>	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11
<b>Estratégias para a melhoria da atenção às PVHA...</b>	...são informais e não são organizadas ou apoiadas de forma consistente.	...utilizam soluções emergenciais para resolver pontualmente os problemas que se apresentam.	...utilizam estratégias efetivas quando surgem problemas.	...utilizam estratégias efetivas, usadas pró-ativamente para garantir que se alcancem as metas organizacionais.
<b>Pontuação</b>	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11
<b>Regulação e incentivos para a atenção às PVHA...</b>	...não são utilizados para definir ou pactuar as metas de desempenho clínico.	...são usados para controlar a utilização de serviços e custos na atenção às PVHA.	...são usados como estratégia para apoiar nas metas de atenção aos usuárias.	...são usados para motivar e empoderar os profissionais da saúde e apoiar no alcance das metas de desempenho clínico.
<b>Pontuação</b>	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11
<b>Lideranças institucionais...</b>	...não estimulam a atenção às PVHA.	...não dão prioridade à melhoria da atenção às PVHA.	...encorajam esforços para a melhoria da atenção às PVHA.	...priorizam as ações e participam dos esforços para a melhoria da atenção às PVHA.
<b>Pontuação</b>	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11
<b>Benefícios e incentivos ao usuário (econômicos e morais)...</b>	...desencorajam o autocuidado ou as mudanças do sistema de assistência ao usuário.	...nem encorajam nem desencorajam o autocuidado e as mudanças do sistema de assistência ao usuário.	...encorajam o autocuidado ou as mudanças do sistema para a assistência ao usuário.	...são especificamente desenhados para promover a integralidade e melhor atenção às PVHA.
<b>Pontuação</b>	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11

Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde \_\_\_\_\_ Pontuação Média (Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde / 6) \_\_\_\_\_

**Parte 2: Articulação com a comunidade:** Articulação entre o sistema de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/ manejo de condições crônicas.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
<b>Articulação das instituições de saúde com os recursos comunitários para participação dos usuários...</b>	...não é feita sistematicamente.	...é limitada a uma lista de recursos comunitários identificados em um formato acessível.	... é realizada por meio de pessoal designado para assegurar que os usuários e os profissionais da saúde utilizem ao máximo os recursos comunitários.	...é realizada por meio de ativa coordenação entre a instituição de saúde, as organizações comunitárias e os usuários.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Parcerias com organizações comunitárias...</b>	...não existem.	...estão sendo consideradas, mas não foram implementadas.	...estão estruturadas para apoiar programas de atenção às condições crônicas na instituição.	...são ativas e formalmente estabelecidas para dar suporte aos programas de atenção às condições crônicas da instituição e da comunidade.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Plano Distrital de Saúde (ou outras resoluções do Conselho Distrital de Saúde ou de instância de representação da comunidade)...</b>	...não aborda em seu contexto recursos, medidas ou direitos dos usuários referentes à atenção às PVHA.	...aborda orientações sobre recursos, medidas ou direitos das PVHA quanto a atenção à saúde, mas não foram implantadas, pois tem função apenas cartorial.	...aborda orientações sobre recursos, medidas ou direitos das PVHA quanto a atenção à saúde; acompanha a programação da instituição de saúde relativa às PVHA.	...aborda orientações sobre recursos, medidas ou direitos das PVHA quanto a atenção à saúde; acompanha pró-ativamente a programação da instituição de saúde relativa às condições crônicas, controlando os incentivos de desempenho das equipes.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Articulação com a Comunidade \_\_\_\_\_ Pontuação Média (Pontuação total para Articulação com a Comunidade / 3) \_\_\_\_\_

**Nível Prático da Atenção.** Muitos componentes da atenção às condições crônicas que acontecem no nível das Unidades/ Serviços de Saúde (consultórios, clínicas, hospitais, etc.) têm demonstrado potencial para melhorar a qualidade da atenção prestada. Estes componentes englobam áreas como o apoio para o autocuidado, desenho da linha de cuidado (a partir da rede de atenção à saúde e integração dos pontos de atenção), suporte às decisões clínicas e os sistemas de informação clínica.

**Parte 3: Autocuidado apoiado.** O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas com condições crônicas e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e sintomas da doença.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
<b>Registro e Avaliação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado...</b>	...não são realizadas.	...estão sendo planejadas.	...são realizadas de maneira padronizada.	...são realizadas de maneira padronizada e articuladas com o plano de cuidado de cada usuário (p.ex. plano terapêutico, prontuário).
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Suporte para o autocuidado apoiado ...</b>	...é limitado a distribuição de informação (panfletos, folders e outras informações escritas).	...é disponibilizado por meio de atividades educacionais em grupo ou individual sobre autocuidado apoiado.	...é oferecido por educadores em saúde capacitados, que são designados para orientar o autocuidado apoiado, que fazem parte de equipe multiprofissional de saúde, mas envolve apenas as PVHA referidas.	...é oferecido por educadores em saúde especialmente capacitados em metodologias de empoderamento e de resolução de problemas, envolvendo a maioria das PVHA
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Suporte psicossocial às PVHA e seus familiares...</b>	...não é realizado de forma consistente.	...é realizado para pessoas usuárias ou famílias específicas por meio de referência.	... é estimulado e disponibilizado por meio de grupos de pares e atenção em grupos específicos.	...é parte integrante da atenção às PVHA e inclui avaliação sistemática, com envolvimento contínuo em grupos de pares e atenção em grupo.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares ou grupos de apoio...</b>	...não estão disponíveis.	...limitam-se a distribuição de informação (panfletos, folders e outras informações escritas).	...estão disponíveis somente por meio de referência a centros especializados com pessoal capacitado.	...estão disponíveis prontamente e fazem parte integral da rotina da atenção às PVHA e utilizam rotineiramente tecnologias de mudança de comportamento (modelo transteórico de mudanças, entrevista motivacional, grupo operativo, processo de solução de problemas).
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Apoio ao Autocuidado \_\_\_\_\_ Pontuação Média (Pontuação Total para Apoio ao Autocuidado / 4) \_\_\_\_\_

**Parte 4: Suporte à Decisão Clínica.** O manejo efetivo de condições crônicas assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar as decisões (diagnóstico, prognóstico, tratamento) na atenção às pessoas usuárias. Isto inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, adaptado ao serviço de saúde, que capacitem aos profissionais e garantam o envolvimento dos usuários, de forma a tornar as equipes multiprofissionais de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
<b>Diretrizes clínicas baseadas em evidência...</b>	...não estão disponíveis.	...estão disponíveis, mas não são integradas à atenção às PVHA	... estão disponíveis e integradas às atividades de educação permanente dos profissionais de saúde.	...estão disponíveis, implantadas por educação permanente dos profissionais e integradas à atenção às PVHA por meio de recordatórios, feedbacks e incentivos para sua adoção pelos profissionais de saúde.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde...</b>	...é feito por meio de referenciamento tradicional.	...é alcançado por meio da participação de especialistas, para aumentar a capacidade do sistema de atenção à saúde, implementando rotineiramente as diretrizes clínicas.	...inclui a participação de liderança de especialistas no processo de educação permanente das equipes de atenção primária em saúde (treinamento em serviço).	...inclui a participação de especialistas que participam do processo de educação permanente dos profissionais da atenção primária à saúde, de sessões de discussão de casos clínicos e trabalho clínico conjunto.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção às PVHA...</b>	...é feita esporadicamente.	...é feita sistematicamente por meio de métodos tradicionais de educação.	...é feita sistematicamente utilizando métodos educacionais adequados para a mudança de comportamento de adultos para uma parte dos profissionais de saúde, com base nas diretrizes clínicas.	...é feita sistematicamente e inclui toda a equipe envolvida na atenção às PVHA, utilizando métodos educacionais adequados para a mudança de comportamento de adultos, com base nas diretrizes clínicas, e envolve métodos como comunicação interpessoal e apoio ao autocuidado.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Informação às PVHA sobre as diretrizes clínicas...</b>	...não é realizada.	...é realizada quando a pessoa usuária solicita ou por meio de publicações.	...é realizada para pessoas usuárias específicas, por meio de material educativo para cada diretriz clínica.	...é realizada para a maioria das PVHA, por meio de métodos adequados de educação em saúde, específicos para cada diretriz clínica e inclui a descrição do papel do usuário para obter sua adesão à diretriz clínica
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Suporte às Decisões \_\_\_\_ Pontuação Média (Pontuação Total para Suporte às Decisões /4) \_\_\_\_\_

**Parte 5: Desenho da Linha de Cuidado.** A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção às condições crônicas envolve mais que a simples adição de intervenções a um sistema focado no cuidado de condições agudas ou de urgência. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta do cuidado às necessidades do usuário.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
<b>Trabalho em equipe...</b>	...não existe.	...é realizado por meio da disponibilização de profissionais com treinamento apropriado em cada um dos pontos de atenção às PVHA.	...é assegurado por meio de reuniões regulares das equipes, com enfoque nas diretrizes clínicas, nos papéis e responsabilidades de cada membro da equipe e nos problemas da atenção às PVHA.	...é assegurado por meio de equipes que se reúnem regularmente, têm atribuições bem definidas, o que inclui educação para o autocuidado apoiado, o monitoramento pró-ativo dos usuários e recursos de coordenação da atenção às PVHA.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Liderança das Equipes de Saúde...</b>	...não é reconhecida localmente nem pela instituição de saúde.	...é assumida pela instituição e possui no organograma papéis organizacionais específicos.	...é assumida pela instituição por meio da designação de um líder, mas seu papel na atenção às PVHA não está definido.	...está garantida pela instituição por designação de um líder que garante a definição clara dos papéis e responsabilidades de cada membro da equipe na atenção às PVHA.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Sistema de agendamento...</b>	... não está organizado.	...está organizado só para o atendimento de urgência (agudas) e algumas situações individuais programadas das PVHA.	...está organizado e inclui agendamentos para consultas individuais periódicas e atenção em grupo das PVHA.	...está organizado e inclui agendamentos para consultas individuais e atenção em grupo, facilitando o contato com diferentes profissionais em uma única visita.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Monitoramento das PVHA...</b>	...não está organizado.	...é programado de acordo com as diretrizes clínicas.	...é assegurado pelos profissionais, de acordo com a necessidade do usuário.	...é organizado pela equipe de saúde e está adaptado às necessidades dos usuários, variando em intensidade e metodologia (telefone, contato pessoal, em grupo, e-mail), com base nas diretrizes clínicas.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Atenção programada para as PVHA...</b>	...não está disponível.	...é utilizada ocasionalmente para usuários com complicações.	...é uma opção para usuários que se interessam por este tipo de atenção.	...é utilizada para a maioria dos usuários, incluindo monitoramento regular, intervenções preventivas e autocuidado apoiado, podendo ser consulta individual ou em grupo.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Referência e contrarreferência ou acesso a serviços de apoio diagnóstico às PVHA...</b>	...não é uma prioridade.	...depende de comunicação escrita entre profissionais da atenção primária e especialistas ou outros serviços.	...é uma prioridade, mas não está implementada sistematicamente.	...é uma alta prioridade e as intervenções incluem uma coordenação ativa entre a atenção primária, os especialistas ou outros serviços ou pontos de atenção.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Desenho da Linha de Cuidado \_\_\_\_ Pontuação Média (Pontuação Total para Desenho da Linha de Cuidado/ 6) \_\_\_\_\_

**Parte 6: Sistema de Informação Clínica.** Informação útil e oportuna, individualizada por usuário e por subpopulações de usuários com condições específicas, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
<b>Prontuário clínico eletrônico...</b>	...não está disponível.	...está disponível, mas é construído individualmente.	...está disponível e é construído com base familiar.	...está disponível, é construído com base familiar e coerente com as diretrizes clínicas e com o modelo de atenção às PVHA
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Registro das pessoas usuárias (lista de PVHA por estrato de risco)...</b>	...não está disponível.	...está disponível, inclui nome, diagnóstico, informação de contato e data da última consulta, em papel ou banco de dados informatizado.	...está disponível, permite identificar subpopulações por estratificação de risco, segundo as diretrizes clínicas.	... está disponível, permite identificar subpopulações por estratificação de risco segundo as diretrizes clínicas e permite emitir alertas e lembretes sobre atendimentos necessários ou pendências.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Alertas para os profissionais...</b>	...não estão disponíveis.	...estão disponíveis, incluem a notificação geral da existência de condições crônicas, mas não definem os tipos de intervenções necessárias no momento do atendimento.	...estão disponíveis, incluem indicação de intervenções necessárias por subpopulações em relatórios periódicos e definem intervenções necessárias no momento do atendimento.	... estão disponíveis, incluem indicação de intervenções necessárias por subpopulações em relatórios periódicos e dão informações específicas para as equipes estimular sua adesão às diretrizes clínicas no momento do atendimento.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Feedbacks para a equipe de saúde...</b>	...não estão disponíveis.	...são fornecidos em intervalos irregulares e de forma impessoal.	...ocorrem em intervalos suficientes para monitorar o desempenho e são específicos para cada equipe.	...são fornecidos oportunamente, específicos para uma determinada equipe, de forma pessoal e rotineira por um líder para melhorar o desempenho da equipe.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Informação sobre subgrupos relevantes de pessoas usuárias...</b>	...não está disponível.	...está disponível, mas somente pode ser obtida com esforços especiais ou programação adicional.	...está disponível eventualmente, mas só pode ser obtida quando solicitada.	...está disponível rotineiramente para os profissionais de saúde para ajudá-los no planejamento do cuidado.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
<b>Plano de cuidado das pessoas usuárias...</b>	...não é elaborado.	...é elaborado em formato padrão pela equipe de saúde.	...é feito em conjunto pela equipe de saúde e pelo usuário e inclui o autocuidado e metas terapêuticas.	...é feito em conjunto pela equipe de saúde e pelo usuário, inclui metas terapêuticas e ações de autocuidado, sendo monitorado regularmente.
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Sistema de Informação Clínica \_\_\_\_ Pontuação Média (Pontuação Total para Sistema de Informação Clínica / 6) \_\_\_\_\_

**Parte 7. Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas.** Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc.).

<b>Componentes</b>	<b>Nível D</b>	<b>Nível C</b>	<b>Nível B</b>	<b>Nível A</b>
<b>Informação os usuários em relação às diretrizes clínicas...</b>	...não é realizada.	...acontece quando solicitada ou por meio de publicações do serviço.	...é feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica.	...é feita por meio de material educativo elaborado para os usuários de cada diretriz clínica, descrevendo seu papel – direitos e deveres - no cuidado à sua condição.
<b>Pontuação</b>	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11
<b>Sistema de informação/ registro clínico...</b>	...não inclui resultados de avaliação do paciente ou metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação dos usuários, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, mas não inclui metas terapêuticas.	...inclui resultados de avaliação dos usuários, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas terapêuticas.	... inclui resultados de avaliação dos usuários, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, metas terapêuticas, além de alertas aos profissionais e aos usuários referente ao monitoramento da sua condição crônica e reavaliação periódica das metas terapêuticas.
<b>Pontuação</b>	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11
<b>Programas comunitários...</b>	...não fornecem feedback para a instituição de saúde sobre o progresso dos usuários em suas atividades.	...fornecem feedback esporadicamente para a instituição de saúde sobre o progresso dos usuários em suas atividades.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso dos usuários em suas atividades, por meio de instrumentos formais, por exemplo, relatórios na internet.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso dos usuários em suas atividades, por meio de instrumentos formais, que são utilizados para modificar os programas de acordo com as necessidades dos mesmos.
<b>Pontuação</b>	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11
<b>Plano organizacional para atenção às PVHA...</b>	...não utiliza uma programação local.	...usa dados dos sistema de informação clínica para planejar a atenção, mas com enfoque na programação da oferta.	...usa dados do sistema de informação clínica para planejar pró-ativamente o cuidado, com base populacional e estratificação de risco, derivados de parâmetros contidos nas diretrizes clínicas, incluindo autocuidado e parcerias com a comunidade.	...usa sistematicamente dados dos sistemas de informações para planejar pró-ativamente, com base populacional e estratificação de risco, derivados de parâmetros contidos nas diretrizes clínicas, incluindo autocuidado e parcerias com a comunidade e o desenvolvimento de um contrato de gestão com os profissionais de saúde, com base em desempenho e incluem a avaliação contínua do plano para determinar os avanços durante toda sua implementação.
<b>Pontuação</b>	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11
<b>Monitoramento das metas dos planos de cuidado...</b>	...não é realizado.	...realizado esporadicamente, apenas para usuários interessados.	...é realizado por um profissional responsável ao usuário.	... é realizado por meio da designação de um profissional responsável ao usuário e usa o prontuário clínico e os alertas para

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>Pontuação</b>												
<b>Diretrizes clínicas para as PVHA...</b>	...não são compartilhadas com os usuários.			...são fornecidas aos usuários que demonstram interesse na sua condição e no autocuidado apoiado.			... são fornecidas a todas os usuários para ajuda-las a desenvolver o autocuidado efetivo ou nos programas educacionais de mudança de comportamento e para permitir que eles identifiquem quando devem procurar um profissional de saúde.			...são compartilhadas pela equipe de saúde e pelos usuários para desenvolver o autocuidado efetivo ou nos programas educacionais de mudança de comportamento que levem em conta suas metas terapêuticas e a disposição para as mudanças.		
<b>Pontuação</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação Total para Integração: \_\_\_\_\_

Pontuação Média (Pontuação para Integração/6): \_\_\_\_\_

### Resumo da Pontuação

(trazer as pontuações do final de cada sessão para esta página)

1. Pontuação média para Organização da Atenção à Saúde \_\_\_\_\_
2. Pontuação média para Articulação com a Comunidade \_\_\_\_\_
3. Pontuação média para Autocuidado Apoiado \_\_\_\_\_
4. Pontuação média para Suporte à Decisão \_\_\_\_\_
5. Pontuação média para Desenho do Sistema de Prestação de Serviços \_\_\_\_\_
6. Pontuação média para Sistema de Informação Clínica \_\_\_\_\_
7. Pontuação média para Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas \_\_\_\_\_

**Pontuação total (1+2+3+4+5+6+7) \_\_\_\_\_**

**Pontuação de capacidade institucional (1+2+3+4+5+6+7/7) \_\_\_\_\_**

#### O que isto significa?

O ACIC é organizado para que a pontuação mais alta (11) em qualquer item, seção ou avaliação final, indique um local com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. Por outro lado, a menor pontuação possível (0), corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para a atenção às condições crônicas. A interpretação dos resultados é a seguinte:

**Entre “0” e “2” = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas;**

**Entre “3” e “5” = capacidade básica para a atenção às condições crônicas;**

**Entre “6” e “8” = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas;**

**Entre “9” e “11” = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas.**

É comum que algumas equipes iniciem um processo de mudança com média abaixo de “5” em algumas (ou todas) as áreas do ACIC. Afinal, se todos ofertassem uma atenção excelente às condições crônicas, não seria necessário este processo ou outros programas para a melhoria da qualidade. Também é comum que equipes acreditem prover uma atenção às condições crônicas melhor do que realmente acontece. Com o desenvolvimento do processo, começam a familiarizar-se com o que um sistema de atenção efetivo envolve. Nesse caso, a pontuação ACIC pode até diminuir em vez de melhorar; mas isso é resultado do melhor entendimento do que deve envolver um bom sistema de saúde. Com o tempo, à medida que sua compreensão sobre atenção integral aumenta e a equipe continua a implementar mudanças efetivas, observará a melhoria de sua pontuação.

ANEXO B - PARECER DO PROJETO AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE E SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PVHA ATENDIDAS NO HUB



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

**PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

Projeto de Pesquisa: Avaliação da atenção a saúde e seguimento farmacoterapêutico de pessoas vivendo com HIV-Aids atendidas no Hospital Universitário de Brasília

**Informações Preliminares**

**Responsável Principal**

CPF: 05143788838	Nome: MARIA INÊS DE TOLEDO
Telefone: (61) 3107-1990	E-mail: mitoledo@yahoo.com

**Instituição Proponente**

CNPJ: 00.038.174/0001-43	Nome da Instituição: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília
--------------------------	---

É um estudo internacional? Não

**Área de Estudo**

**Grandes Áreas do Conhecimento (CNPq)**

- Grande Área 4. Ciências da Saúde

**Propósito Principal do Estudo (OMS)**

- Saúde Coletiva / Saúde Pública

**Título Público da Pesquisa:** Avaliação da atenção a saúde e seguimento farmacoterapêutico de pessoas vivendo com HIV-Aids atendidas no Hospital Universitário de Brasília

**Contato Público**

CPF	Nome	Telefone	E-mail
05143788838	MARIA INÊS DE TOLEDO	(61) 3107-1990	mitoledo@yahoo.com

**Contato** MARIA INÊS DE TOLEDO

**Arquivo Anexos:**

Tipo	Arquivo
Projeto de Pesquisa	PB_PROJETO_DE_PESQUISA_142115.pdf
Projeto de Pesquisa	PB_PROJETO_DE_PESQUISA_142115.pdf
Parecer do Relator	PB_PARECER_RELATOR_216915.pdf
Folha de Rosto	folha de rosto assinada.pdf
TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE projeto HIV_AIDS com correções solicitadas pelo CEP.pdf
TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE projeto HIV_AIDS.docx
Declarações Diversas	Termo de Ciência.PDF
Declarações Diversas	Termo de Concordância.PDF
Parecer do Colegiado	PB_PARECER_COLEGIADO_228105.pdf
Outros	CVGustavo Adolfo Sierra Romero.pdf
Outros	CVMaria Vitória da Silva.pdf
Outros	Instrumentos de pesquisa.pdf
Outros	qualiaids.pdf
Outros	CVDayde Lane Mendonça da Silva.pdf
Outros	CVMaria Inês de Toledo.pdf
Outros	CVValéria Paes Lima Fernandes.pdf
Outros	CVMicheline Marie Milward de Azevedo Meiners.pdf
Outros	CVJaneth de Oliveira Silva Naves.pdf
Outros	Carta CEP.jpg
Outros	Carta resposta ao parecer de projeto ao CEP F.S.pdf
Parecer Consubstanciado do CEP	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_229447.pdf
Projeto de Pesquisa (Anexoado pelo Pesquisador)	Projeto para o CEP com adequações solicitadas após o parecer.pdf
Projeto de Pesquisa (Anexoado pelo Pesquisador)	Projeto para o CEP.docx
Projeto de Pesquisa (Anexoado pelo Pesquisador)	Projeto para o CEP.docx