

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS

EM ADESÃO E RETENÇÃO DE USUÁRIOS EM SERVIÇO AMBULATORIAL PARA PVHA

Projeto

“Apoio a Clínica Ampliada, Gestão
Participativa e Adesão no CRT-DST/AIDS”

2018





Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS
Coordenação do Programa Estadual de IST/AIDS-SP

Artur O. Kalichman
Maria Clara Gianna
Rosa de Alencar Souza

**Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa
Galvão - CEALAG**
**Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade
de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**

Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro

Organização

Mônica Martins de Oliveira Viana*

Autores

Mônica Martins de Oliveira Viana*
Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro**
Rosa de Alencar Souza***
Eduardo Barbosa***
Kátia Valeska Souza***
Artur O. Kalichman***
Cláudia Binelli***
Denize L. Estevan***
Joselita M de Magalhães Caraciolo***
Maria Clara Gianna***
Renata Caricol***
Simone Q. Rocha***

Colaboradores

Maria da Ajuda Oliveira Paixão***
Andréia Monteiro Gobbato Diniz***
Cíntia Pereira Nocentini***
Eduardo Luis Barbosa***
Fabiana Lo Bello***
Kátia Valeska Souza***
Kézia Paiva***
Kleber Zeviani***
Luz Marina Alves de Moraes Nery ***
Marleide Correada Silva***
Rejane Alves Fraissat***
Renata Caricol Dell'nolo***
Roberta Schiavon***

* Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo

** CEALAG

***CRT-DST/AIDS-SES SP





SUMÁRIO





6 APRESENTAÇÃO

8 INTRODUÇÃO

14 BOAS PRÁTICAS

36 CONSIDERAÇÕES FINAIS

40 REFERÊNCIAS



1

APRESENTAÇÃO

O Centro de Referência e Treinamento (CRT-DST/AIDS) tem trabalhado, desde 2000, na implantação da Clínica Ampliada e Gestão Participativa, no âmbito de uma parceria com a UNICAMP, representada pelo prof. Gastão Wagner e equipe, gerando acúmulo de experiência e uma série de arranjos e dispositivos implantados na instituição, mas que necessitam de aprimoramento permanente.

Nesse sentido o **“Projeto de Apoio Institucional ao CRT-DST/AIDS- SP para Organização da Gestão e do Trabalho em Saúde: Gestão Participativa (Cogestão), Clínica Ampliada e Equipes de Referência”** que acontece desde 2015, têm como objetivo qualificar a gestão e organizar os processos de trabalho. Este projeto é o resultado de uma importante parceria entre o Centro de Referência e Treinamento CRT-DST/AIDS-SP, UNICAMP, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciência Médicas da Santa Casa de São Paulo (CEALAG) e Janssen, divisão farmacêutica do grupo Johnson & Johnson.

A proposição pela UNAIDS em 2013 das metas 90, 90, 90 trouxe fortemente a necessidade de intensificar o trabalho com as etapas do contínuo do cuidado, entre elas a etapa de retenção.

Para dar conta desse desafio, é papel do CRT, enquanto Coordenação do Programa Estadual de IST/AIDS, divulgar boas práticas que possam apoiar outros serviços de IST/AIDS a aprimorarem seus processos de trabalho nas diversas etapas do cuidado contínuo das Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (PVHA).

Foi neste contexto e a partir das práticas de cuidado desenvolvidas pelas equipes e gestores do CRT-DST/AIDS que foi produzido o Manual de boas práticas em Adesão e retenção de usuários no serviço ambulatorial do CRT- DST/AIDS.

Esta publicação é um produto intencional de um conjunto de reflexões e ações ocorridas dentro do “Projeto de Apoio Institucional ao CRT-DST/AIDS- SP para Organização da Gestão e do Trabalho em Saúde: Gestão Participativa (Cogestão), Clínica Ampliada e Equipes de Referência”.

Este projeto tem por objetivo colaborar na implementação de mudanças no processo de Gestão e nos processos de trabalho (Clínica Ampliada, Equipes de Referência nos locais e Unidades de Produção da Atenção em Saúde) no CRT-DST/AIDS-SP.

Em 2016 e 2017 foram elaborados e implementados planos de ação voltados ao aumento de adesão do paciente ao tratamento, ao serviço e à equipe de referência em três setores do CRT-DST/AIDS-SP (Ambulatório, Atendimento Extra e Internação), que se alinharam a uma série de iniciativas e arranjos já existentes no serviço, também orientados pelo referencial da Clínica Ampliada e Compartilhada. O histórico de investimentos do CRT-DST/AIDS-SP em ações relacionadas à Clínica Ampliada e Compartilhada ocorre desde 2000, por meio de projetos e parcerias diretamente ligados ao Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciência Médicas da Unicamp, com a participação do Prof. Tit. Gastão Wagner de Sousa Campos, que é o autor deste paradigma.

Ainda dentro do objetivo deste projeto realizado entre 2016 e 2017, a consultoria realizou uma série de oficinas com os profissionais de saúde do Ambulatório, para analisar, de forma participativa, as estratégias utilizadas pelas equipes para efetivação da Clínica Ampliada e Compartilhada e que se mostram potentes para favorecer a adesão e retenção no ambulatório. Fruto deste processo participativo, nasce este Manual, dedicado a inspirar equipes dos demais Serviços de Assistência Especializada (SAE), contendo recomendações sobre estratégias e boas práticas voltadas para adesão e retenção, bem como para a efetivação da Clínica Ampliada e Compartilhada.

As oficinas, que contaram com participação de oito profissionais do ambulatório e cinco representantes da gestão do serviço, tendo como objetivos:

- Analisar os processos de trabalho;
- Identificar os principais arranjos e dispositivos já utilizados pelas equipes do ambulatório que favorecem a adesão e retenção dos usuários ao tratamento, bem como a Clínica Ampliada e Compartilhada;
- Elencar estratégias, arranjos e dispositivos que poderiam ser criados ou aperfeiçoados para favorecer a adesão ao tratamento com antirretrovirais (ARV) e ao seguimento clínico (retenção) dos usuários no ambulatório.

A escolha das oficinas como metodologia de trabalho respaldou-se no entendimento de Onocko Campos et al. (2011), que entendem as oficinas e a pesquisa participativa como um movimento criativo, capaz de propiciar que grupos dialoguem com técnicas já consagradas e testem suas próprias inovações, contribuindo para uma ciência viva e criativa. As oficinas são dispositivos tradicionais da saúde mental e possuem um sentido de compartilhamento dos diversos atores envolvidos, compromissados conjuntamente com a efetivação de tomadas de decisões.

Assim, as oficinas representavam uma possibilidade para que os grupos protagonizassem a análise de contexto e se envolvessem com o fazer compartilhado e com o aprendizado mútuo.

Nessa lógica, foram realizadas duas rodadas de oficinas, ambas agrupando trabalhadores e gestores, que tiveram as seguintes questões disparadoras: “Quais são os processos de trabalho que favorecem a adesão e retenção dos usuários ao tratamento no ambulatório? O que podemos fazer para ajudar o paciente a fazer corretamente seu tratamento? ”.

As discussões foram gravadas e transcritas, mediante consentimento livre e esclarecido dos participantes; e o material foi complementado com as anotações do diário de campo dos consultores. A partir do das transcrições e do diário de campo, foram construídas grades de interpretação, contendo agrupamento dos núcleos argumentativos em torno dos principais eixos temáticos referentes ao processo de trabalho. Esses eixos, por sua vez, foram analisados à luz do referencial teórico pertinente aos temas emergentes. E, finalizadas a análise e elaboração do material, o grupo participante das Oficinas foi convidado a avaliar e a validar o conteúdo.

O resultado deste trabalho das oficinas você pode conferir a seguir. Esperamos que ele possa ser útil e que consiga cumprir seu objetivo mais amplo, que é o de estimular a reflexão e o debate de alguns aspectos relativos à assistência ambulatorial dos usuários, além de propiciar a efetivação de estratégias voltadas para o cuidado integral e a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e AIDS (PVHA).

BOA LEITURA!



2

INTRODUÇÃO



Desde o surgimento da terapia antirretroviral combinada e da disponibilização de exames de marcadores biológicos – como CD4 e carga viral – para o monitoramento, a infecção pelo HIV tem sido considerada de caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável.

Além disso, é preciso destacar que graças à conquista da sociedade brasileira, que hoje tem acesso universal e gratuito aos medicamentos, a oferta precoce de tratamento ARV para todas as pessoas com diagnóstico de infecção pelo HIV, consultas, exames e insumos e ações de prevenção de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), conseguiu-se obter, no período de 2006 a 2016, uma queda no coeficiente de mortalidade padronizado para o Brasil, que passou de 5,9 para 5,2 óbitos por 100 mil habitantes, o que corresponde a uma queda de 11,9%, com ganhos significativos na longevidade e em qualidade de vida (BRASIL, 2017).

No entanto, junto com este aumento de sobrevida surgem novos desafios relacionados ao uso prolongado das medicações, tais como doenças crônicas, agravos decorrentes de efeitos colaterais e, principalmente, em relação à adesão e retenção ao tratamento antirretroviral, cuja eficácia depende da utilização regular das medicações prescritas.

Em 2013, a UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS) publicou um novo pacto, visando expressivas melhorias na supressão viral das PVHIV até 2020, por meio da meta 90-90-90:

Até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus; destas, 90% receberão TARV ininterruptamente e; destas, 90% terão carga viral suprimida.

Essa meta reforça a necessidade de se trabalhar e investir em estratégias para garantir a adesão e a retenção das pessoas ao tratamento, considerando sempre as questões dos direitos humanos, respeito mútuo e inclusão.

Nas palavras de uma das trabalhadoras do CRT-DST/AIDS - SP:

“Tem essa cascata da UNAIDS, 90-90-90. Nela, temos as perdas que são previsíveis, que são pessoas que não vão aderir desde o começo, que não vão fazer o teste. Daí saem os 10% do primeiro “90”. Temos também a pessoa que faz o teste e não aceita fazer o tratamento, entrando assim nos outros 10%. Por fim, temos aqueles que param o tratamento no meio, que é o terceiro 10%. Por isso, acho legal fazer o diagnóstico de como nós [instituição] estamos dentre desses índices, e tentar conhecer quem são essas pessoas dos 10%”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

O entendimento sobre a adesão pode ser mais restrito e limitado, quando considerado apenas como o equivalente à noção de obediência às recomendações de uso do medicamento. Ou pode ser mais ampliado e abrangente, se for encarado como um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, culturais e comportamentais e que requer decisões compartilhadas entre a PVHA, a equipe e a rede social, com corresponsabilização (BRASIL, 2008).

Na bibliografia especializada sobre esse assunto, estão diversos conceitos de adesão, bem como critérios para caracterizar o abandono.

Sobre conceitos de adesão, temos:

1

“Adesão é um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre PVHA, a equipe de saúde e a rede social. Pode sofrer oscilações e demanda atenção contínua” (BRASIL, 2007)

2

“Adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo” (BRASIL, 2008)

Critérios de abandono:

1

“Descontinuidade do medicamento e/ou ruptura de vínculos dos pacientes com os serviços de saúde” (RODRIGUES & MAKSUD, 2017)

2

“Má adesão é caracterizada quando usuários não retiram a medicação após sete dias da data prevista para uma nova retirada ou quando faltam em consultas agendadas. Já o abandono tem como critérios: a não retirada dos medicamentos a partir de três meses após a data prevista; não retornar às consultas em seis meses. Na presença desses alertas, os serviços devem desencadear estratégias para que a PVHA possa retomar seu tratamento.” (BRASIL, 2008)

Boa parte dos serviços passaram a adotar os critérios descritos no item 2, publicados pelo Ministério da Saúde em 2009 para caracterizar os abandonos e os faltosos (má adesão). É muito importante que todos os serviços tenham clareza dos critérios que estão utilizando e a qual a sua concepção de adesão, divulguem isso em toda a instituição e garantam que todos os profissionais os utilizem para orientar suas práticas.

Sabido isso, é preciso considerar o que já se sabe sobre os fatores que influenciam a adesão, bem como sobre os princípios e estratégias que podem ser utilizados a fim de melhorar os índices de adesão das PVHIV ao tratamento.

Algumas das razões frequentes para a interrupção ou abandono do tratamento, de acordo com Rodrigues e Maksud (2017) e com a cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) são: tipo de esquema terapêutico ofertado, momento da doença, ausência de apoio familiar, representações sociais fatalistas e negativas sobre a doença e o tratamento, efeitos colaterais, fragilidade de vínculo com o serviço de saúde. Também podem estar associados a fatores de vulnerabilidade como baixa escolaridade, uso de drogas injetáveis, condição de extrema pobreza e exclusão social ou a questões inerentes à organização dos serviços, tais como protocolos e rotinas rígidas; foco pontual e fragmentado nas queixas; demora para conseguir retornos e acesso a exames; e falta de atitude acolhedora por parte dos profissionais.

Para lidar com a adesão, são recomendados como princípios a universalidade no acesso a insumos, serviços e ações de saúde; integralidade do cuidado, equidade e superação de vulnerabilidades específicas; valorização da autonomia e da garantia de participação das PVHIV na construção de estratégias que promovam adesão; trabalho em redes articuladas e complementares entre os diferentes níveis de atenção à saúde; articulação intra e intersetorial, buscando superar obstáculos (BRASIL, 2007).

De todo modo, o estímulo à adesão e o acompanhamento da mesma passou a ser uma atividade essencial para todos os profissionais que lidam com PVHA. Assim, foi possível compreender que, para cuidar da adesão não basta incluir nas consultas aquela perguntinha clichê “você está tomando o remédio direito?”.

Para falar de adesão, é preciso:

- Estimular o protagonismo das pessoas no tratamento e na luta pela cidadania;
- Mobilizar vínculo com as equipes de saúde e com a rede de apoio familiar e social;
- Investigar detalhadamente as rotinas de uso do medicamento, as dificuldades encontradas, as falhas, o comportamento nos fins de semana, os hábitos de ingestão de bebida alcoólica e outras substâncias psicoativas, a possível incompatibilidade com os horários de trabalho e a necessidade de esconder a medicação.

“Em todas as instituições tem um grupo que não consegue atender as regras da instituição, aqueles que tem mais abandono. Tem pacientes que não conseguem cumprir com a regra, eles não vêm no dia, não vêm no horário, não gostam do médico, não gostam da psicóloga, não gostam da enfermagem, não gostam da visitadora do lar, e eles vão fazendo outros caminhos...precisamos conhecer quem são”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

Além de conhecer, é necessário construir estratégias para poder enfrentar questões relacionadas à má adesão (faltosos) e aos abandonos. Pensando nisso, aconteceram algumas oficinas com gestores e trabalhadores, para que o conteúdo, compartilhado no CRT-DST/AIDS - SP alcance e favoreça a adesão dos usuários.

Apesar de não existir uma fórmula única para lidar com esses temas, a expectativa é de que o conteúdo possa inspirar práticas e sensibilizar você a se preocupar com as questões da adesão e retenção, buscando estratégias de enfrentamento que se ajustem à realidade local (do seu serviço, do seu município, da sua equipe).

Você também verá, ao longo deste Manual, que muitas das ações estão respaldadas em diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS e nos conceitos da clínica Ampliada e Compartilhada. Para o CRT-DST/AIDS - SP, elas se mostraram bastante úteis, trazendo bons resultados. Mas, mesmo que você tenha uma opinião diferente, a leitura valerá a pena.





O PARADIGMA DA CLÍNICA AMPLIADA

A Clínica Ampliada e Compartilhada surgiu a partir da crítica de Campos (2003) à clínica tradicional ou clínica oficial que tende a fragmentar o sujeito a partir de suas demandas, valorizando apenas os aspectos biomédicos das queixas – as doenças - e deixando “para trás” a pessoa em si.

Esse tipo de clínica tradicional, embora muito comum e já incorporada nas práticas de modo a passar quase despercebida, tende a produzir consultas pouco resolutivas e um consumo elevado de procedimentos diagnósticos e de uso de medicamento, aumentando os riscos de efeitos iatrogênicos. Além disso, esse jeito restritivo de operar as relações clínicas também tem sido associado à produção de número excessivo de usuários que abandonam o tratamento ou que se tornam “poliqueixosos”, porque têm como centro de suas vidas, a doença.

Na Clínica Ampliada e Compartilhada, preza-se por incluir outros aspectos, além dos biomédicos da doença, na consulta médica ou de outros profissionais. Isso quer dizer que se procura tratar da doença, mas também dar atenção a questões psicossociais e relacionais que possam estar envolvidas, buscando ser o mais resolutivo possível. Para tanto, é preciso incluir no repertório clínico diretrizes como a integralidade e a intersetorialidade, ou seja, transitar por diferentes saberes, serviços e setores a fim de ajudar o usuário a estabelecer maiores coeficientes de autonomia e de bem-estar no processo de produção da vida, sempre respeitando as singularidades de cada caso.

“A flexibilidade do médico e da médica de ouvir o paciente não só da parte médica, mas ouvir em relação aos problemas sociais que ele passa, em relação a sua vida sexual, em relação a sua vida de trabalho, você acaba sendo um conselheiro... isso liga o paciente ao médico... Aquele médico que só quer saber “seu exame está ótimo”, não forma esse elo. Agora, quando você se detém um segundo para ouvir o paciente, que está ótimo do ponto de vista do HIV, mas que perdeu o emprego ou que brigou com o parceiro, isso traz ele para perto. É fundamental...”

Médica trabalhadora do CRT-SP



3

BOAS PRÁTICAS

Por boas práticas, entende-se um conjunto de arranjos de processo de trabalho e de gestão, técnicas e instrumentos que colaboram no aumento da adesão do usuário orientados pelo referencial da Clínica Ampliada e Compartilhada.

As práticas apresentadas a seguir surgiram da reflexão sobre a realidade do atendimento no ambulatório do CRT-DST/AIDS - SP. Sabe-se que a realidade dos serviços são muito distintas e nem sempre é possível “transportar” as recomendações para um novo contexto. Ainda assim, a aposta é que as ideias contidas aqui poderão te inspirar para que você possa adaptar algumas das práticas em seu local de trabalho.

MONITORAR SISTEMATICAMENTE AS AUSÊNCIAS DOS USUÁRIOS

Como um serviço pode cuidar dos casos de abandono e de faltosos se não sabe quantos são e quem eles são?

Muitas equipes, ao se depararem com esse questionamento, concordam que se trata de uma ação valiosa, mas, ao mesmo tempo, poucas sabem dizer com precisão quais são esses casos e proporcionalmente, quanto representam no serviço. Também há quem pense que levantar esses dados e produzir esse tipo de informação é papel apenas da gestão ou de algum setor de informática. Isso não é verdade. Todos têm alguma participação e podem ajudar.

Quer saber como?

- Elaborando, com a ajuda de toda a equipe, um formulário com dados pessoais e informações-chave dos usuários. Esse instrumento deverá ser preenchido na entrevista inicial do paciente, logo que ele for inscrito. Vale a pena pensar junto com os colegas de equipe o que precisa ser perguntado para que se obtenha dados que sirvam de indicadores para prever quais usuários são mais vulneráveis e quais apresentam maior predisposição de problemas para adesão. E, em contrapartida, quais são os traços que ajudam a identificar maiores chances de se vincular ao tratamento. Em outras palavras, é preciso traçar um perfil.
- Como não se sabe isso de antemão, pode ser que a análise dos históricos dos pacientes já cadastrados, somado aos saberes e às experiências acumuladas por cada profissional, possam ajudar.
- Criando estratégias para que as faltas sejam rapidamente detectadas e relatadas para o restante da equipe: periodicamente, as equipes de referências deveriam se reunir e fazer um levantamento das faltas, seja pelo sistema eletrônico ou pelo bom e velho prontuário. E colocar tudo isso numa planilha, para que aqueles usuários que se encaixem nos critérios de faltoso ou de abandono possam ser identificados e que se inicie uma busca ativa deles. Avisos anexados na capa dos prontuários podem ser úteis também.
- Mesmo aqueles usuários que faltam uma única vez, mas que inspiram preocupação da equipe podem e devem ser contatados para nos dizer o motivo da falta e já remarcar uma nova consulta.
- Para os casos menos graves e/ou complexos, as próprias equipes ou os profissionais que identificaram a falta podem entrar em contato, telefonando ou escrevendo diretamente para o usuário. Já para aqueles que a equipe julgar mais complicados, recomenda-se pedir para que algum profissional com maior vínculo com o usuário ou com maiores habilidades para o acolhimento possa se responsabilizar por essa iniciativa de acessar este usuário.
- Se aí no seu serviço, assim como no CRT-DST/AIDS - SP, você se preocupa em arquivar receitas médicas referentes às consultas perdidas pelos pacientes, seja por falta deles mesmos ou dos médicos, saiba que esses registros também podem ser um bom dispositivo para quantificar consultas e receitas perdidas, assim como o tempo de afastamento do serviço/tratamento, bem como o profissional que apresenta maior número de receitas não aproveitadas. Além disso, também pode ser bastante estratégico utilizar esses dados como uma das formas de avaliação dos profissionais envolvidos.

“Mas eu acho que uma maneira interessante de pensar nisso, é pegar quem realmente não é aderente e traçar o perfil também desse usuário, porque, com certeza, eles devem ter problemas em comum, né? Daí dá pra pensar em estratégias para eles, como grupo...acho fundamental poder estudar o perfil dos pacientes, colocando todas essas pessoas que vem no acolhimento em uma planilha e estudar, sistematizar e fazer o acompanhamento dessas pessoas que estão sendo convidadas a retomar [falando da busca ativa de pacientes faltosos ou em abandono]”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

“...tem pacientes que marcam consulta 15 vezes seguidas e não comparecem, mas vêm em outras consultas... vêm na consulta do infecto[logista], mas não vai na consulta do gineco[logista], você vê a pessoa aqui no prédio e ela não vai... tem que entender isso aí. Também acho que tinha que ter um controle sobre isso”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

COMPOR EQUIPES DE REFERÊNCIA

As equipes de referência constituem um arranjo organizacional bastante difundido pela Política Nacional de Humanização e pela política de atenção básica (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012). Há algum tempo, no CRT-DST/AIDS - SP também se implantou esse arranjo, que ajudou na constituição de vínculos entre os pacientes e os profissionais, podendo então ser considerado uma “boa prática” para a adesão e retenção ao atendimento ambulatorial.

“A discussão sobre implantação do referencial da clínica ampliada e do arranjo equipes de referências na produção de saúde do ambulatório de saúde integral para PVHA no CRT inicia-se por volta dos anos 2000 no âmbito de uma parceria do programa estadual com a UNICAMP representada pelo prof. Gastão Wagner e equipe”

Gestora CRT-SP

Que tal lembrar o que são essas tais “equipes de referência”? Quem sabe você não se anima em fazer aí também.

As equipes de referência pertencem a um ideal que propõe um novo sistema de referência entre profissionais e usuários, a fim de reduzir a falta de definição de responsabilidades e promover vínculo terapêutico e integralidade na atenção à saúde, **oferecendo um tratamento digno, respeitoso e de qualidade aos usuários** (BRASIL, 2004).

Surgem para modificar um pouco aquele formato tão conhecido: equipe de enfermagem chefiada pela enfermagem; equipe de psicólogos, chefiada pelo psicólogo; equipe de médicos, chefiada por médico, equipe de dermatologistas, chefiada por dermatologista. No arranjo das equipes de referência, procura-se reforçar o caráter interdisciplinar e deslocar o poder (eventualmente uma enfermeira irá chefiar uma equipe formada por médicos, psicólogos, assistente social, ou outros).

Cada serviço ou Unidade de Saúde compõe equipes de referência multiprofissionais de caráter interdisciplinar, compostas por um conjunto de profissionais considerados essenciais para o manejo dos problemas de saúde que constituem o objeto de trabalho desse determinado serviço ou unidade. Essas equipes são formadas de acordo com os recursos (humanos e estruturais) disponíveis e fazendo consonância com a realidade local/territorial que se apresenta.

Nelas, os profissionais ficam responsáveis pela saúde de um certo número de pacientes inscritos, segundo sua capacidade de atendimento e gravidade dos casos. Essa adscrição (divisão) de clientela por cada equipe é essencial para que ocorra a clara definição de responsabilidades e para que se ampliem as possibilidades de construção de vínculo.

Na prática, sabe o que isso significa?

De um modo bem resumido, significa que cada equipe terá um registro e um cadastro dos casos sob sua responsabilidade. Rotineiramente, este cadastro deve ser atualizado e acompanhado para que subsidie as avaliações de risco e vulnerabilidade, identificando quem precisa de projeto terapêutico singular (PTS) ou de alguma alteração de avaliação diagnóstica e/ou de procedimentos de cuidado.

“...deixa eu perguntar uma coisa meio objetiva: no CRT, hoje, a gente tem mais ou menos cinco mil e setecentos pacientes. Qual o percentual de não adesão? E, dentro dos dados todos de literatura, esse percentual é encontrado ou não? Estamos dentro ou fora do que é realmente esperado?”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP



Significa também que todos os diferentes profissionais que compõem essas equipes passarão a compartilhar os mesmos objetivos, referentes ao mesmo objeto de trabalho e realizarão tarefas, conjuntas ou individuais, para a concretização desses objetivos.

Acima de tudo, significa que essas equipes devem oferecer atenção integral ao usuário, cuidando dos diversos aspectos de sua saúde, elaborando projetos terapêuticos, buscando ajuda das equipes de Apoio Matricial e acionando outros recursos da rede, se necessário. Elas passam a acompanhar longitudinalmente o cuidado dos usuários, ao longo do tempo, e continuam responsáveis por eles, mesmo quando o paciente também precisa ser visto por algum outro profissional do Apoio Matricial ou de outro serviço.

Sempre é válido lembrar que para que todas essas proposições aconteçam, as equipes de referência dependem de um mínimo de condições de trabalho: disponibilidade de profissionais inseridos horizontalmente nos serviços (e não apenas para plantões), tempo para que as equipes se reúnam e discutam os casos adscritos e, sobretudo, um clima democrático na instituição, de modo a propiciar o diálogo e a livre expressão das ideias, independentemente da profissão de cada interlocutor (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

“...a gente tem algumas pastas na sala da enfermagem, que são pastas dos médicos quando os pacientes faltam, ou quando os médicos também faltam, enfim, o que a gente percebe é que tem pastas de alguns médicos que estão lotadas, literalmente lotadas e outras vazias, a gente pergunta: ‘Será que aí não está um fator de avaliação?’, por que o médico Y tem tantas receitas sobrando e o outro H tem tão poucas? Precisa ver”

Gestores CRT-DST/AIDS-SP

“Os que não vêm, que faltam, com mais frequência, eu não estou deixando receita, e estou escrevendo no prontuário, grampeio lá na capa, e está funcionando, porque daí o pessoal tem que vir falar comigo pra pegar receita e ele [o paciente] já faz o acolhimento. Porque antes, às vezes, ele vinha, pegava a receita e ia embora”

Médica CRT-DST/AIDS - SP



QUER SABER UM POUCO MAIS SOBRE COMO FUNCIONA TUDO ISSO NO CRT-DST/AIDS - SP E QUAL A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES E GESTORES SOBRE AS EQUIPES DE REFERÊNCIA?

Trabalhamos com várias formatações de equipe de referência (ER), que via de regra é constituída por médicos, psicólogos e assistentes sociais, contando com o apoio matricial de outros profissionais, como psiquiatras, nutricionistas, farmacêuticos entre outros. Os enfermeiros também estão voltando a compor as equipes de referência.

Não tem nenhum problema nisso, não existe apenas um modo de se estabelecer a referência; ela deve ser pensada para cada situação concreta, de acordo com as necessidades e recursos existentes; assim, uma solução seria reforçar o papel de referência do médico infectologista, para todos os usuários e ter o apoio matricial dos demais profissionais (principalmente, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros).

Cada pessoa vivendo com HIV e AIDS em seguimento está vinculado a uma equipe de referência que se responsabiliza pelas diversas dimensões do seu cuidado. Entretanto, temos observado uma vinculação mais frágil com os outros profissionais e uma vinculação mais fortalecida ao profissional médico, caracterizando um arranjo de profissional de referência e nem sempre de equipe de referência.



Outro desafio que encontramos por aqui é o de estabelecer de forma sistemática a reunião das equipes para discussão dos casos com dificuldade de adesão ao serviço e à TARV. Para tal, há vários anos estabelecemos um horário na agenda dos diversos profissionais para viabilizar estes encontros, mas nem todas as equipes têm conseguido se organizar para isso. Somente parte das equipes conseguiu tornar efetivo esse espaço, discutindo casos, elaborando projetos terapêuticos singulares e monitorando estes projetos ao longo do seguimento dos usuários.

Temos hoje 40 equipes de referência estruturadas, incluindo uma equipe para PVHA gestantes, PVHA em acompanhamento no ambulatório de tuberculose e no ambulatório para idosos.

A organização das equipes é feita a partir dos médicos infectologistas. Cada médico infectologista está vinculado a um assistente social e um psicólogo. Cada usuário que inicia o seguimento clínico está adscrito a esta equipe de referência, a partir do médico que passará a acompanhá-lo, respeitando-se vínculos anteriormente criados e o estabelecimento de empatia entre as PVHA e os profissionais.

São critérios para discussão de casos em ER, PVHA com faltas frequentes às consultas médicas, em abandono e aquelas com vulnerabilidades para não adesão/retenção (ex. moradores de rua, usuários de drogas e com doenças psiquiátricas).





Seguem alguns trechos do que as pessoas – trabalhadores e gestores do CRT-DST/AIDS – SP – pensam sobre as equipes de referência:

“...eu não conhecia a equipe de referência, eu vi de um determinado paciente, assim, eu percebi que era bem atuante, a assistente social, o infecto, a psicóloga... Eu percebi que eles eram tão atuantes que as vezes a gente via um falando assim pro outro: já não está na hora de fazer a receita?”, tinha médico que pedia pra gente entrar junto e acompanhar a consulta”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

“Eu acho que uma proposta de avanço pra equipe de enfermagem é de que o auxiliar comece a participar dentro das equipes de referência. Eu acho que a gente vem preparando a equipe pra isso, né? Tanto pro acolhimento quanto para a equipe de referência. Eles vão precisar começar a se ver no papel da prevenção, da promoção e não apenas no papel assistencial”

CRT-DST/AIDS - SP

“O fato de ter um profissional de referência ajuda bastante, porque a gente tem uma lista, tem médico, psicólogo, assistente social e tal, a gente vai lá, quando o paciente chega, a gente já sabe com quem falar. Às vezes, ele tem mais afinidade com o psicólogo ou com o assistente social. A gente respeita isso e procura eles primeiro, se estiver com algum problema... é uma referência para o paciente e pra gente também. Ter a referência é muito bom”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP



DESENVOLVER PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO: RESOLUTIVIDADE, ESCUTA E CUIDADO HUMANIZADO

O acolhimento configura um importante dispositivo deste eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS: a Humanização que, lançada como política nacional em 2003, constitui um conjunto de estratégias para estimular e instituir atitudes ético-estético-políticas pautadas por um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos inter-profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde (BRASIL, 2004).

Ao falar de atitudes ético-estético-políticas, fala-se também do compromisso com a defesa de uma vida digna e da produção de saúde mediante a construção de vínculos solidários entre os profissionais e a população, potencializando protagonismos e vida nos diversos encontros. A dimensão política, incluída nesse tripé de caracterização das atitudes almejadas pela humanização, tem a ver com o entendimento de que é na relação entre os homens que as relações sociais e de poder operam e que o mundo se faz. Portanto, a política é indispensável para concretizar os projetos idealizados no escopo da Humanização.

O dispositivo do acolhimento, assim como a Humanização, pressupõe uma atitude: um “estar com”, “estar perto”, num esforço de inclusão das pessoas, respeitando suas diferenças. De acordo com a cartilha produzida pelo núcleo técnico da Política Nacional da Humanização (BRASIL, 2010), o acolhimento não é uma etapa a ser cumprida no processo, nem se restringe ao problema da recepção da demanda espontânea e tampouco é função exclusiva das equipes da Atenção Básica. Ele deve ocorrer o tempo todo, em todos os locais e nos diversos momentos dos serviços de saúde.

O acolhimento não é algo novo. Provavelmente você já ouviu falar dele, mas talvez revestido de características que destoam radicalmente do que está previsto em sua essência. No decorrer das experiências com o acolhimento nos diversos serviços do SUS, acumulou-se uma produção muito heterogênea que por vezes nos faz associar o acolhimento com: gesto de amor; ação voluntária; favor; recepção; ambiência; triagem; encaminhamento para outros serviços; ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de produção de vínculo. Não é assim que se espera que você “enxergue” o acolhimento.

A perspectiva é de que o acolhimento, enquanto postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelos usuários, possa incluir sua cultura, suas diferenças, seus saberes e sua apreensão sobre seu próprio processo saúde-doença. Este apoio relacionado aos seus modos de viver, sentir e estar na vida de modo responsável, exercendo sua autonomia e cidadania.

As respostas a serem dadas às necessidades de saúde, por sua vez, precisam ser construídas e negociadas com o usuário e respaldadas pelas pactuações produzidas coletivamente com a equipe, com a rede de serviços e gerências centrais, distritais e locais.

“Quando o paciente vai lá e ele vê solução, isso dá uma dinâmica em que o paciente se sente acolhido e tem confiança”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

“A pessoa agendou, é ótimo porque ela se programa e a gente tem isso marcado, mas se ela não agendou e veio a gente faz o acolhimento. A gente sempre dá um jeito de atender e fazer o acolhimento”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

“Acho que a gente coloca um pouco mais em prática a escuta com o paciente... são poucos os serviços que fazem isso. Aqui o paciente pode explicar tudo que está precisando e aqui a gente dá continuidade ao que é relatado e o paciente se sente bastante apoiado”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP



Trata-se, portanto, de exercer uma escuta qualificada e sensível; uma postura que além de ativa; um atendimento com resolutividade e; responsabilização pelo caso. Isso significa atender e resolver o que estiver ao alcance do profissional, da equipe e do serviço ou orientar o paciente e a família a procurar outro serviço, para dar continuidade da assistência, tecendo relações com o restante da rede que precisa ser acessada para desburocratizar e garantir a eficácia dos encaminhamentos.

Esse compromisso, envolvimento e respeito oferecidos para o usuário por meio do acolhimento certamente contribuem para que os pacientes valorizem a equipe e o tratamento.

“Eu acho que pelo menos você tem que dar um norte para o paciente; pra ele poder procurar saber e se orientar, porque você não pode ser mais desorientado que o paciente que veio te procurar... o acolhimento engloba tudo, né?”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

“Para o paciente conseguir fazer um vínculo, ele só precisa sentir que quando ele chega aqui, alguém está disposto para recebê-lo, e aí com o vínculo ele consegue conduzir o resto... ele consegue conduzir se tiver uma pessoa que o receba a qualquer tempo, que o conheça, que o reconheça... o paciente só precisa saber que ele está indo para um lugar onde ele é reconhecido, onde ele não é só ‘mais um’... não é fazer tudo o que ele pede, mas cuidar do vínculo e explicar os ‘porquês’ quando você precisa negar alguma coisa ou não consegue ajudar...”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP



ESTRUTURAR EQUIPES PARA ACOLHIMENTO

Como foi visto anteriormente, o acolhimento deve acontecer o tempo todo nos serviços de saúde e é uma função de todos os profissionais da equipe. No entanto, a preocupação com a adesão e a vinculação dos usuários ao tratamento faz perceber que seria interessante estruturar também uma equipe específica para cuidar do acolhimento dos pacientes.

Sabe-se que essa medida pode se tornar um problema, caso seja utilizada como subterfúgio para que o restante dos trabalhadores se desresponsabilize com essa importante ferramenta que é o acolhimento. Mas, mesmo na cartilha da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), os autores afirmam que, em alguns serviços, a porta de entrada pode demandar a necessidade de um grupo preparado especificamente para o primeiro contato do usuário com o serviço e de um local adequado para esses encontros. Foi o que aconteceu na experiência do CRT-DST/AIDS - SP: essa medida foi necessária, para garantir que o centro tivesse alguém que investisse maciçamente no acolhimento como estratégia para favorecer a adesão dos usuários.

Pensando que isso possa ser útil também em seu serviço, há um breve relato dessa experiência neste Manual.

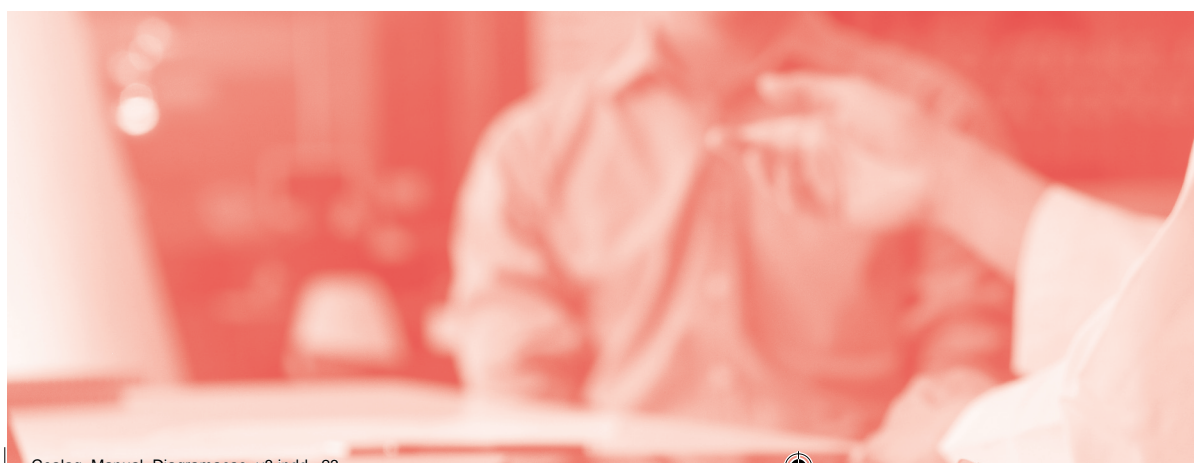
Assim como sugerido na cartilha do Ministério, concordou-se que esse grupo específico deveria ter como objetivos:

- Prestar atendimento com resolutividade e responsabilização;
- Orientar, quando for caso, o paciente e a família a respeito de outros serviços de saúde para continuidade da assistência; estabelecer articulação com outros serviços da rede de saúde, de apoio e proteção social;
- Realizar identificação e busca ativa de casos de abandono e, principalmente;
- Facilitar o acesso e a integração dos usuários às equipes de referência e aos demais núcleos do serviço tais como o ambulatório, hospital-dia, farmácia, entre outros.

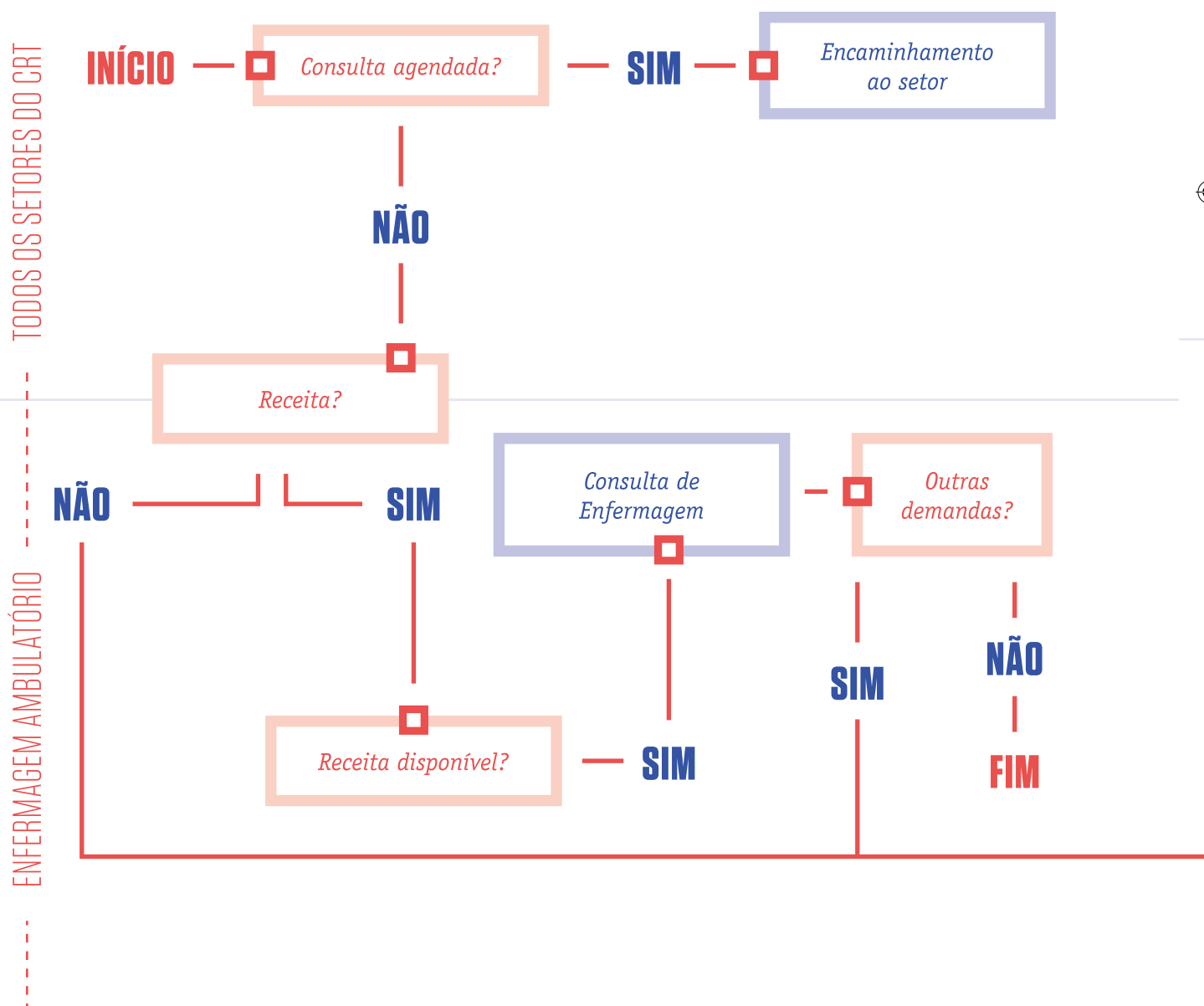
Essa equipe do acolhimento deveria trabalhar com o pressuposto da agilidade no atendimento a partir da análise dos riscos e vulnerabilidades identificadas, respeitando os protocolos existentes na instituição, sempre valorizando a escuta da queixa, dos medos, desejos e expectativas do usuário e se responsabilizando por dar uma resposta.

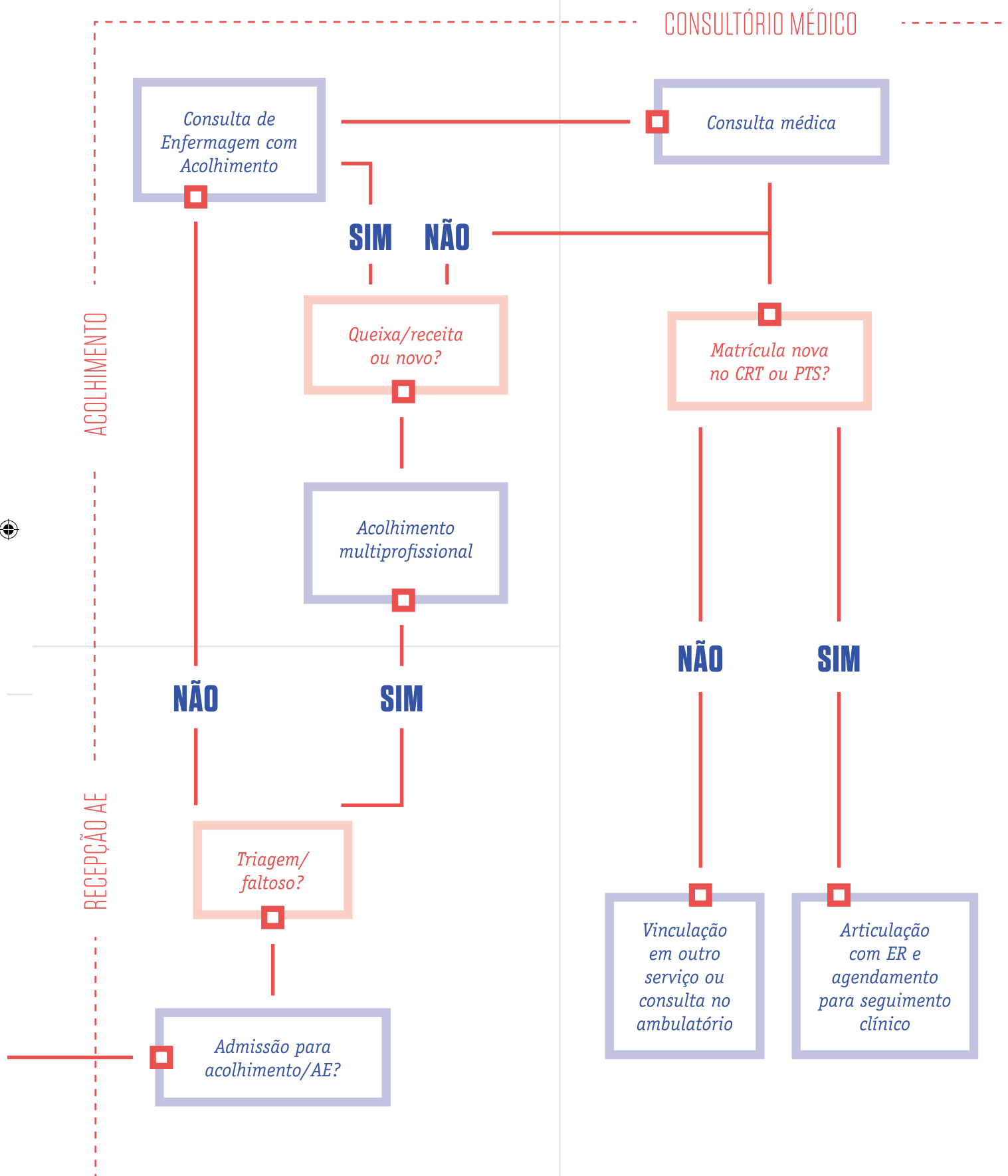
Pensando deste modo, a equipe deveria ser composta por profissionais afeitos às tecnologias relacionais, ao manejo de grupalidade, à articulação do trabalho com o restante dos profissionais do serviço, à comunicação assertiva, e à elaboração e manejo de banco de dados com informações sobre a demanda e sobre a rede. Por isso, ficou decidido que além de indicações dos gestores, os profissionais poderiam se candidatar espontaneamente e escolher livremente se desejariam compor essa equipe e quais dias e horários em que poderiam trabalhar no acolhimento. Feito isso, foi organizada uma escala com todos os envolvidos, de modo a contemplar o horário integral de funcionamento do serviço e foram disponibilizadas três salas, localizadas em área estratégica, próximas da recepção, do ambulatório e da equipe do Atendimento Extra, que é responsável pela atenção às questões clínicas dos pacientes que comparecem sem agendamento prévio (demanda espontânea).

A proposta ainda está no começo, mas já é possível perceber que o acesso dos pacientes ficou mais ágil e que os profissionais adquiriram mais clareza sobre seu papel no acolhimento. A seguir, o fluxograma que foi criado para orientar o trabalho das equipes. Quem sabe ele não ajuda você a se inspirar e pensar numa forma de potencializar o acolhimento aí de sua equipe?



FLUXOGRAMA DE PVH NO CRT/AIDS QUE CHEGAM POR DEMANDA ESPONTÂNEA OU CONVIDADOS PELA EQUIPE DE ACOLHIMENTO





FACILITAR COMUNICAÇÃO, FLEXIBILIDADE DE HORÁRIO E POSSIBILIDADE DE TROCAR DE PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA

Parece algo muito simples e até um pouquinho óbvio, a ponto de achar que isso já está dado e garantido, mas, às vezes, deixamos de cuidar dos meios de comunicação e da disponibilidade para negociar com os usuários as questões de preferências de horário e de afinidade com o profissional e percebe-se o quanto isso se torna prejudicial à adesão e ao vínculo ao tratamento.

Por isso, nunca é demais lembrar: é necessário facilitar a comunicação com o usuário e implementar estratégias que permitam ao paciente usufruir da flexibilidade de horário e da possibilidade de escolher um outro profissional de referência, caso surja algum conflito intransponível na relação. Aliás, os pedidos de troca de profissionais podem configurar um bom indicador para avaliação de desempenho dos membros das equipes.

“o modo como o médico atende, é a coisa mais difícil da gente modificar, porque a gente vê isso mesmo, é comum ter troca de médicos, dos mesmos médicos, normalmente é sempre os mesmos...”

Gestor CRT-DST/AIDS - SP

“tem aqueles médicos que você vê que os pacientes dele não faltam, porque ele conversa, espera, troca o horário e liga pra saber por que o cara faltou na consulta... acho isso sensacional”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

É claro que essas recomendações também não podem ser nocivas à instituição. É preciso considerar a infraestrutura instalada e o contingente de trabalhadores voltados ao atendimento clínico antes de planejar tais modificações no funcionamento dos agendamentos: os telefones precisam funcionar corretamente e que sempre tenha alguém disponível para atendê-los e acionar com facilidade o sistema de agendamento; encontrar espaços na agenda dos profissionais destinados para encaixes dos pacientes faltosos ou que desejam alterar o horário por alguma razão justificada e utilizá-los somente para essa finalidade de atender esses casos de demanda espontânea e de retomada do tratamento; compor mais de uma equipe de referência multiprofissional com alguma disponibilidade para adaptação, como, por exemplo, o paciente poder ficar na mesma equipe, mas ser atendido por algum determinado profissional da outra equipe (as equipes de referência não podem ter uma rigidez excessiva em sua conformação).

“Às vezes, o paciente não se vincula com o médico, mas se vincula com outro profissional... era bom se desse pra adaptar”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

“Tem perfil de médico e tem perfil de paciente...uns gostam mais de conversar, que quer atenção e outros preferem que o médico não fique monitorando ele o tempo todo, assim, em cima, né? Então, quando um encontra com o outro, com o mesmo perfil, dá liga...”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

Sobretudo, importar-se com o paciente e fazer as mudanças institucionais de modo participativo, ouvindo os trabalhadores e os usuários continuam sendo a melhor saída na hora de planejar essas mudanças.

O que facilita, e muito, a comunicação e a negociação sobre as trocas de horário e/ou de profissionais de referência são o exercício da alteridade (colocar-se no lugar do outro de modo empático) e a desburocratização dos processos (conseguir chegar ao resultado com o menor número de etapas de fluxograma possível).

“... esse negócio de ficar indicando para um lugar e depois pra outro e mais outro: é ali, ali, ali, isso não resolve nada”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

“o que é feito aqui é o paciente ter assim, essa abertura. Vamos supor, eles faltam na consulta, não vou ficar pondo o dedo na cara dele brava porque ele faltou... tem uns que chegam e falam: ai, será que o médico tá aí hoje pra me ver? Nem sempre isso acontece, às vezes o médico acaba não consultando hoje, mas a gente garante que vai ter outra vaga logo, já marca e deixa medicação suficiente até a próxima consulta...”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

“o paciente tem bastante liberdade pra falar com o médico ou de mandar mensagem: “olha, vou chegar atrasado, o senhor me espera? E eu já vi médico que antecipa paciente porque aquela pessoa avisou que vai atrasar, então acho que isso [de poder falar com o médico e avisar] dá um andamento para o fluxo dos próprios médicos também”

Enfermagem CRT-DST/AIDS - SP

FAVORECER A CONSTRUÇÃO CONJUNTA DA AUTONOMIA DA EQUIPE E DOS USUÁRIOS

Esse tópico refere-se diretamente aos conceitos de construção conjunta e de autonomia, como um dos aspectos do processo saúde-doença. Na prática, nota-se que isso faz sentido.

E isso porque questões crônicas e o perfil epidemiológico que, atualmente, parece fazer sentido para aprofundar o entendimento da evolução da AIDS no Brasil, são difíceis de enfrentar sem reconhecer a autonomia e sem visar a coprodução de autonomia de pacientes e comunidades como objetivo de trabalho.

Então, que tal aprender um pouco mais sobre isso?

Autonomia e saúde não são valores absolutos e estáticos (do tipo “ou você tem ou não tem”, nem “eu tenho e vou dar pra você, que deve saber receber”), são processos dinâmicos em que saúde e autonomia implicam em perdas ou aquisições sempre gradativas, com limites passíveis de serem constantemente tencionados, mudados. Só se pode entender autonomia em graus variáveis, quase como se fossem coeficientes relativos a um padrão do próprio sujeito ou a padrões sociais e históricos estabelecidos (ONOCKO CAMPOS E CAMPOS, 2012).

Vale sempre lembrar que autonomia não é sinônimo de liberdade absoluta, mas da capacidade de o sujeito lidar com sua rede de dependências. Toda autonomia é construída na história (pessoal e social) e é fruto de um processo. Nele, deve ser preciso conseguir questionar as leis, por intermédio de palavras e ações.

Trabalha-se, na verdade, com o propósito de ajudar a constituir junto com os usuários uma maior capacidade de se compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto, num compromisso ético que depende de um conjunto de fatores: do próprio sujeito, da subjetividade, das condições físicas e mentais e também do contexto, da economia, das leis, da cultura e do coletivo.

Nesse referencial, o objetivo do trabalho estaria ligado à própria produção da saúde e também à coconstrução de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos: usuários e trabalhadores.

PENSANDO AUTONOMIA PARA OS USUÁRIOS

A clínica que encara os sujeitos como passivos e incapazes de compreender e obedecer às prescrições, as quais por sua vez não são negociadas previamente com os pacientes, não favorece a autonomia. Para mudar, é preciso reconstruir a clínica, combinar o olhar com a escuta na relação profissional da saúde-usuário, buscando analisar caso a caso e aprender com eles para construir conhecimento clínico-sanitário.

“... eu vejo uma cultura do HIV, aquela ideia de trinta anos atrás, de ficar ameaçando: faz isso ou você vai morrer. Isso não funciona mais, mas ainda está presente. Isso quebra muito vínculo. Isso e o ‘depois eu vejo’, isso não funciona. Deixar pra depois não funciona”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

A dimensão clínica produtora de autonomia é aquela em que, por meio do vínculo, pode-se desenhar conjuntamente um campo de propostas terapêuticas que recolocam o sujeito no trilho da responsabilização pela própria vida (ONOCKO CAMPOS E CAMPOS, 2012).

A abertura e disponibilidade para a escuta e o diálogo na clínica pressupõem não culpabilizar a vítima (o paciente) e não achar que o profissional é sempre o dono da verdade, mas também não quer dizer que o usuário deva ser um eterno soberano. É necessário ressaltar a responsabilização deles pelas consequências de suas escolhas.

“...fazer tudo o que o paciente quer não é necessariamente cuidar do vínculo, eu acho que você tem que orientar, explicar pra ele a importância do tratamento e você tem que deixar ele responsável por isso. Se não, ele fica solto, dependente e sem responsabilidade”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

Outro aspecto relevante para a construção da autonomia refere-se à criação de arranjos e dispositivos para a participação social, para a escuta coletiva, tais como conselhos e conferências. Porém eles precisam estar intimamente ligados à prática e às intervenções cotidianas. Neles, assim como na clínica, é imprescindível aliar o olhar, a escuta e a prática. Não dá para continuar ouvindo as demandas “queixas” e sugestões dos usuários e depois continuar determinando sozinho o que fazer, como se supostamente soubesse o que é melhor.

Os profissionais da saúde detêm um saber acumulado, bem como evidências técnico-científicas para ajudar nas tomadas de decisão, mas é necessário levar em consideração o saber que o paciente tem sobre si mesmo. Não é possível permitir que ações clínicas, coletivas ou de organização do trabalho permaneçam restritas ou sejam arrogantes, fazendo prescrições não negociadas.





PENSANDO AUTONOMIA NO QUE SE REFERE AOS PROFISSIONAIS

A clínica que produz autonomia, implica em dar voz para os profissionais e também para os usuários nos encontros terapêuticos, para que possam negociar os projetos. Essa clínica exige mais dos profissionais do que pode parecer, já que requer combinar conhecimentos técnicos biomédicos com aspectos relacionais da intervenção profissionais/trabalhadores e usuários. Os aspectos relacionais também pressupõem o domínio de certas técnicas, mas de outra ordem.

“... eu sei que não dá pra escolher todo mundo, mas o funcionário também tem que ter perfil para aquele trabalho... o pessoal fala muito em acolhimento e empatia e tal, mas tem pessoas que não têm isso... tem que conseguir conciliar o que ele gosta de fazer, com um certo rodízio, pra ele também poder aprender um pouco de tudo”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

As práticas de saúde – clínicas, preventivas, de promoção – podem ser desenvolvidas SOBRE as pessoas e comunidades ou JUNTO a elas, o que traz questões sobre o uso do poder e do saber. Elas nunca acontecerão se os profissionais permanecerem fechados em seus valores, postura defensiva, e com um modo de operar já estabelecido e imutável.

Para tanto, é necessário espaço em que se possa problematizar a vida como trabalhadores. Além disso, deveria haver processos de planejamento e de avaliação sistemáticos e espaços institucionais para reflexão crítica tanto sobre a clínica quanto sobre as práticas coletivas e os processos de trabalho.

“A gente começou a concretizar melhor [a participação] ... Porque, assim, a gente tem a reunião de equipe de todo o ambulatório e uma vez por mês a gente tem as reuniões de núcleo, onde a saúde mental se encontra com a saúde mental e a enfermagem faz com a enfermagem... pra gente ter um espaço mais reservado, do individual e um momento do todo. Acho que isso melhorou bastante.”

Gestores CRT-DST/AIDS-SP

Dentro do paradigma de coprodução de sujeitos e organizações, todos são responsáveis pelo que acontece e ninguém deveria se eximir de empreender uma análise de implicação. Portanto, não vale colocar toda a culpa dos problemas e dos maus funcionamentos apenas nos gestores, ou na chefia. Também é viável usar a proposta da construção coletiva para defender opiniões pessoais ou interesses corporativistas.

Em contrapartida, é fundamental que a gestão garanta entre os participantes um diálogo respeitoso e construtivo, pois se os profissionais passarem a se sentir atacados ou ameaçados ao terem suas práticas postas em análise, desistirão das reuniões e da discussão de caso. E, na mesma medida, corre-se o risco de que os espaços de tomada de decisão se tornem escassos e desvitalizados, puramente burocráticos.



FORTALECER A RELAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E COM A REDE INTERSETORIAL (SAÚDE, ASSISTÊNCIA SOCIAL, TRANSPORTE), PENSANDO NA INTEGRALIDADE

É significativa a parcela de usuários em acompanhamento ambulatorial, que vivem em situação de vulnerabilidade social ou apresentam condições de vida precárias, necessitando de atenção específica, aquém do alcance do setor saúde. Provavelmente você conhece algum paciente que vive em situação de rua, que depende de algum benefício social ou que depende do transporte públicos para conseguir acessar o serviço.

Mudanças nas políticas sociais, de habitação ou de transporte do município afetam diretamente a vida e o acesso dos usuários ao serviço. Por isso, é fundamental estar sensível e atento a essas conjunturas. Todos esses aspectos interferem na produção de vida dos sujeitos e na adesão ao tratamento.

“Outra coisa que eu observo no público que eu atendo é que as faltas às vezes até prolongadas estão acontecendo mais por conta dessa falta de negócio de transporte que aconteceu... nós precisamos traçar um perfil social dos pacientes que precisam de mais ajuda”

Trabalhadora CRT-DST/AIDS - SP

“A gente está vivendo um momento de muita escassez de recurso social, e está diminuindo cada vez mais, e vai continuar diminuindo ainda mais. Os poucos serviços que a gente tem para inclusão social estão fechando... A situação do país está favorecendo para que as pessoas se ausentem cada vez mais. Então, temos que começar a pensar num jeito para trazer as pessoas para cá, e podendo ofertar a comida e o transporte, que nós sabemos que elas precisam”

Trabalhadora do CRT-DST/AIDS - SP

Assim como é relevante estar atento e sensível a essas questões, também é de suma importância atuar em espaços de participação e de deliberação junto a essas redes intersetoriais. Os profissionais da saúde podem representar os interesses desses pacientes junto aos órgãos de controle social de outros setores. É importante também orientar e estimular os usuários a assumirem seu papel e lutarem por seus direitos e por melhores políticas públicas para toda a população.

Embora possa parecer que a interface com os outros setores, como assistência social, transportes e habitação, seja de responsabilidade dos profissionais do serviço social, dada a sua proximidade com este núcleo de saber, ela é de responsabilidade de todos nós. De alguma forma, todos podem ajudar nessa articulação. Isso faz parte de sua responsabilidade com os usuários e compõe um importante aspecto do que deve ser seu campo de saberes no trabalho dentro do setor saúde.

“... então a pessoa fala: ‘vim tomar o remédio, vim fazer o exame, mas não tomei café da manhã e estou com fome’... poxa, vai sair e passar fome? Você dá um lanchinho pra pessoa... ah, não tem o dinheiro do ônibus? Quando você acha que consegue juntar o dinheiro pra vir? Só daqui uma semana? A gente dá um remédio pra mais uma semana e vamos ajustando isso com o paciente. E tem paciente que passa a procurar mais essa pessoa, cria vínculo”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

Além da integração com as redes intersetoriais, é fundamental construir mecanismos que facilitem a comunicação e o trabalho solidário dentro da própria rede de atenção à saúde. Isto é importante porque as necessidades de saúde dos usuários também são diversificadas e muitas vezes não são supridas por um único serviço. Eles estão o tempo todo “circulando” pela rede, utilizando a atenção básica, acessando serviços de saúde mental como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e, eventualmente, sendo atendidos pelas emergências ou internados nos hospitais de referência.

Sabe-se que nem sempre é fácil negociar com as equipes de outros serviços. Nisso, os protocolos e as mediações por meio de conselhos e outras instâncias de gestão participativa podem ajudar.

Lembre-se: poder saber por onde o usuário “andou” na rede de saúde, se ele foi internado ou se teve alguma crise, passando por algum episódio agudo que precisou de cuidados emergenciais, além de ter acesso ao quadro apresentado e ao cuidado oferecido a ele nos outros serviços, por exemplo, ajuda, e muito, na retomada e adesão ao tratamento ARV.

TRABALHAR COM CAMPO E NÚCLEO DE SABERES EM BUSCA DA AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA

É possível que você já conheça esses conceitos de campo e núcleo de saberes ou que trabalhe empiricamente com eles apesar de não dominar a teoria que os fundamenta. De qualquer modo, vale a pena uma breve caracterização sobre o que significa ‘campo e núcleo’. Muito provavelmente, você conseguirá perceber o quanto essa discussão permeia todos os tópicos que mencionamos até aqui no Manual.

Formulados por Campos (2000), “campo e núcleo” nascem do reconhecimento do aumento da produção teórica acerca da interdisciplinaridade e da existência de um paradoxo no campo do conhecimento: de um lado o isolamento paranoico das profissões, de outro, a fusão esquizofrênica entre os saberes que muitas vezes culminam na desresponsabilização pelo cuidado em saúde. Pretendem desfazer uma aparente contradição epistemológica no campo conhecimento, que se materializa na dificuldade de se operar, na prática, uma mobilidade dos profissionais entre transdisciplinaridade e disciplina, entre saber singular sobre um caso e o saber integral, compreendendo diversas perspectivas sobre cada situação.

Portanto, os conceitos núcleo e campo conformam uma crítica não ao corporativismo e fechamento disciplinar que fragmenta o cuidado, mas também à tendência pós-moderna de diluir a tal ponto os saberes, que prejudica a identidade profissional dos trabalhadores e, portanto, dificulta o entendimento do papel e das responsabilidades de cada profissão no cotidiano da equipe. Em outras palavras, trata-se de uma tentativa de se lidar com o dilema entre a burocratização corporativa e a diluição interdisciplinar das profissões e especialidades para potencializar a produção da saúde e o cuidado aos usuários (CAMPOS, 2007; OLIVEIRA, 2014).

MAS, AFINAL, QUAL SERIA A DIFERENÇA ENTRE O CAMPO E O NÚCLEO?

O núcleo seria a parte mais estruturada do conhecimento e dos papéis que integram as disciplinas e os saberes, caracterizando mais fortemente a identidade e a responsabilidade clínica e sanitária dos profissionais dentro das equipes e dos serviços de saúde, diz respeito às especificidades de atuação de cada categoria profissional no cuidado. É composto pelo rol de conhecimentos, habilidades e práticas de cada profissão. Assim, as diferenças entre papéis e conhecimento das diversas profissões, são chamadas de núcleo (CAMPOS, 2007; CAMPOS, 2000; CUNHA & CAMPOS, 2011, OLIVEIRA, 2014).

O campo complementa o núcleo e indica um conjunto de conhecimentos e tarefas do qual um profissional deverá se apropriar, mesmo que seja de modo parcial e transitório, a fim de conseguir atuar de modo mais resolutivo. Logo, o campo tende a ser reconhecido por ser situacional, flexível e mutante, a depender das demandas singulares suscitadas pelos casos e/ou contextos. Para isso, requer que as cristalizações resultantes da constituição do núcleo apresentem disponibilidade para se abrir a outros saberes, incorporando o pressuposto da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe (CAMPOS, 2000; CUNHA & CAMPOS, 2011).

Convém lembrar, no entanto, que essa explicação representa apenas uma diferenciação didática para facilitar o entendimento. Na verdade, apesar de separar o campo e o núcleo no momento de esclarecer os conceitos, a relação que existe entre eles não é, de forma alguma, de oposição, polaridade ou de antagonismo. O núcleo indica uma aglutinação e uma determinada concentração de saberes e de práticas, em uma dimensão de atuação compartilhada pelos profissionais envolvidos no cuidado, mas sem romper com a dinâmica do campo. Muito pelo contrário, eles devem sempre coexistir nas práticas dos trabalhadores da saúde, um influenciando e ajudando o outro mutuamente em nome da efetivação da clínica ampliada e da atenção humanizada, sem limites rígidos entre um e outro.

Sobre isso, aqui vai uma imagem para exemplificar: não dá para o profissional determinar na agenda quais dias irá trabalhar com o núcleo e em quais se dedicará ao campo. Ele precisa incorporar a habilidade de transitar entre um e outro o tempo todo, de modo que fique explícito em sua postura a abertura para os saberes de outra profissão sem negligenciar seu papel e responsabilidades dentro da equipe.

E POR QUE EU DEVO SABER DISSO?

Por um instante, coloque-se no lugar de seu paciente. Imagine como deve ser bom contar com um profissional que saiba te orientar sobre diversos assuntos, mesmo sobre aqueles assuntos que não são específicos da área dele. Conversar com um médico sobre as formas de acesso a algum benefício social, trocar uma ideia com um psicólogo sobre os possíveis efeitos colaterais de uma medicação ou então falar com o atendente da farmácia sobre como acessar informações a respeito do preparo necessário para realizar seus exames. Mesmo que eles não saibam resolver esses assuntos, o paciente já passa a se sentir mais confiante por ter sido escutado e orientado. Isso certamente contribui para que ele deseje se manter no tratamento.

Mas para alcançar esse tipo de postura resolutiva, todos trabalhadores da saúde deveriam saber atuar de modo a transitar entre o núcleo de saber e o campo que emerge da necessidade de cada contexto. Deveriam conseguir associar os temas de sua especialidade com os referentes às outras categorias profissionais (psicologia, enfermagem, serviço social, farmácia, medicina, fisioterapia etc.) que possam ajudar no caso, remetendo à assistência na perspectiva da Clínica Ampliada, dentro dos princípios do SUS. Além de conhecer fluxos e processos de trabalho que o instrumentalize a encaminhar de forma resolutiva a demanda/necessidade dos usuários que não puderam ser atendidas na sua atuação no campo. Da mesma forma, deveriam compreender os modelos de atenção e de gestão, saber sobre os princípios do trabalho em equipe, das relações de grupo e de articulação de rede.

Assim, os trabalhadores estariam aptos e ainda mais potentes para compor de maneira efetiva as equipes de referência e para ajudar no acolhimento. Essa habilidade de trabalhar no núcleo simultaneamente a alguma abertura e sensibilidade para incorporar os saberes do campo inerente a cada serviço e da atenção de cada segmento da população, configura uma boa prática para a adesão e a retenção dos usuários. Ela é fundamental para uma escuta qualificada.

“... alguns auxiliares [de enfermagem] ainda não se veem nesse papel de prevenção, de promoção... eles se veem muito no papel assistencial [do núcleo]: eu estou aqui pra co-lher o sangue, pra furar, pra medir a pressão... Então a gente tá tentando mudar isso aqui [no CRT-DST/AIDS-SP]”

Gestor do CRT-DST/AIDS - SP

“...no campo, qualquer profissional pode agregar o conhecimento, ultrapassando o limite que aquela pessoa tem porque ela trabalha no núcleo dela, né? Então essa discussão, essa conversa entre os profissionais, ela não deve ser só no acolhimento, ela precisa acontecer o tempo todo”

Gestor do CRT-DST/AIDS - SP

“É uma ampliação da equipe. É quando a gente consegue definir que o paciente tem aquela demanda e que só o médico, só o serviço social não vai dar conta... outros profissionais vão ter que entrar para ajudar. Quem percebe essa demanda, precisa desdobrar o atendimento, ampliar o atendimento e dar o ‘start’ (sic) nisso”

Trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

FALAR DOS PRECONCEITOS E SENTIMENTOS QUE ATRAVESSAM A RELAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIO

Muitas vezes, acredita-se que é possível permanecer imparcial e estabelecer um relacionamento estritamente profissional com os pacientes, totalmente livres de sentimentos e de preconceitos. Mas isso não é tão simples. Mesmo na presença de um paciente, você continua a ser apenas uma pessoa. Portanto, suscetível a muitas emoções e pensamentos que podem direcionar você para decisões clínicas controversas, a despeito de todo esforço para evitá-los.

“Às vezes, eles (os pacientes) têm adesão ao tratamento, mas são ruidosos e desgastantes; vão o tempo todo exigir algo lá na porta. Isso é difícil para nós”

“... ali naquele corredor, aquilo não parece um lugar médico, porque é uma confusão, é um converseiro (sic), uma contagem de histórias, uma gritaria... e você fica irritado, tem vontade de ir lá e mandar ficar quieto... a gente não aguenta

Trabalhadores do CRT-DST/AIDS - SP

Narrativa da Oficina com os trabalhadores CRT-DST/AIDS - SP

Você deve ter conhecido algum paciente que tenha despertado sentimentos ternos, por fazer lembrar de algum amigo ou ente querido e, por isso, desejar cuidar muito bem dele, oferecendo tudo que estava ao seu alcance ou até um pouco mais. Também é possível que você tenha conhecido algum usuário que te fez sentir raiva ou intolerância pelo jeito que se comportava ou pelo modo como conduzia a vida: “Por que ele não toma o remédio? Por que não volta a trabalhar? Que preguiçoso! ”.

Isso não deve ser utilizado como indicador para avaliar se um profissional é bom ou não. Acontece com todos. O importante, entretanto, é saber identificar esses sentimentos e o modo como têm interferido na relação clínica com o usuário. Michel Balint, psicanalista húngaro, sabia disso e ficou famoso por suas obras sobre a relação médico-paciente (1984) e pelo seu experimento junto aos médicos do sistema nacional britânico – os grupos Balint.

Os grupos Balint eram sessões de aproximadamente uma hora em que os profissionais, de diferentes serviços, eram convidados a contar os casos livremente, sem se prender a ordens cronológicas ou a detalhes técnicos dos casos. O foco era a relação com o paciente, incluindo os sentimentos, fantasias e preconceitos que a permeiam. Na sequência, os colegas de grupo, com o apoio do analista, buscavam agregar sentido ao que era relatado. Seu propósito não era instituir um espaço terapêutico, mas produzia efeitos positivos para o próprio médico e para o paciente.

Esse tipo de iniciativa continua sendo válida e pode ser adaptada para diversos contextos, especialmente nos serviços de referência para o tratamento das pessoas que vivem com HIV e AIDS. Trata-se de uma população que, por vezes, apresenta condições de vulnerabilidade e trazem questões intimamente relacionadas com a vida sexual e com a identidade de gênero, que ainda são tabus para muitos profissionais. Além disso, o contato com a dor, a pobreza, o sofrimento e a morte provoca grande desgaste nos trabalhadores. Vale a pena criar espaços coletivos para enunciação dos sentimentos e preconceitos. Isso tende a ajudar na adesão e vinculação ao tratamento e também na saúde dos trabalhadores.

APOIO DA GESTÃO

São chamados de gestão aqueles que estão encarregados de garantir a sobrevivência da instituição do ponto de vista administrativo, financeiro, relacional e subjetivo. Podem ser o gestor da equipe, o diretor de departamento, ou qualquer outra figura que ocupe um papel de chefia. Mas, para simplificar as coisas, às vezes utiliza-se apenas o termo “gestão”.

Para viabilizar que as estratégias apresentadas aqui, e tantas outras que você e sua equipe podem formular, é preciso poder contar com o apoio da gestão em seus diferentes âmbitos.

Para começar, é fundamental que a gestão esteja sempre próxima dos trabalhadores e dos usuários, que seja democrática e aberta ao diálogo, mas que seja também um importante porta-voz das diretrizes institucionais, quando se trata de resolver demandas individuais que porventura apareçam. Abrir exceções com muita frequência e sem justificar os motivos, por exemplo, dificulta a consolidação das diretrizes.

“...a diretoria técnica e a gerência, ajudaram a gente aqui. No começo, sentia medo de não ter o respaldo necessário quando eu falava algo para o paciente, mas aos poucos isso foi mudando... estamos mais organizados. E, quando a gente tem uma fala única, uma organização melhor, as coisas passam a funcionar melhor e o paciente não fica se aproveitando das brechas que criamos na desorganização”

Trabalhadores do CRT-DST/AIDS - SP

“...a gente começou a resolver as coisas aqui, os funcionários começaram a ter mais autonomia... a maioria das questões são resolvidas ali mesmo nos consultórios, com o nosso respaldo... as ouvidorias diminuíram”

Gestor do CRT-DST/AIDS - SP

Nota-se que tudo fica mais fácil quando a gestão trabalha junto da equipe. Ela pode ajudar a tornar os processos de trabalho mais participativos e resolutivos, criando espaços de reunião de núcleo (que junta todos os profissionais de uma mesma categoria) e de campo (com profissionais de diferentes categorias), e construindo protocolos e fluxos de atendimento que unifiquem as diretrizes institucionais sobre os casos de faltosos e de abandono. Às vezes, é necessário contar com alguém que reforce o porquê do trabalho: cuidar do usuário, pautados na integralidade e na humanização.

Além disso, a gestão pode ser um importante aliado na articulação com outros serviços da rede da saúde e da rede intersetorial, indicando as nossas opções de referência nos casos de encaminhamento e construindo com a gestão de outros serviços as pactuações de trabalho conjunto.

A criação e manutenção das equipes de referência também depende, e muito, do apoio da gestão. O trabalho em equipe é sempre muito desafiador e a gestão precisa estar preparada para lidar com conflitos e problemas que possam desmontar as equipes. Estar disponível para contribuir com reformulações dessas equipes e dos seus processos de trabalho deve ser um item prioritário nas agendas dos gestores.



5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para terminar, vale resgatar primeiro o objetivo deste Manual que, longe de ser um guia passo a passo, pretende ser um dispositivo de estímulo ao debate e à reflexão, dialogando com a realidade de um serviço de referência e com a produção teórica da área. Portanto, chegou a hora de perguntar: foi possível compreender como o paradigma da Clínica Ampliada e Compartilhada pode ajudar?



BOAS PRÁTICAS



Monitorar sistematicamente as ausências dos usuários



Compor Equipes de Referência



Desenvolver práticas de Acolhimento: resolutividade, escuta e cuidado humanizado



Falar dos preconceitos e sentimentos que atravessam a relação profissional-usuário



Facilitar comunicação, flexibilidade de horário e possibilidade de trocar de profissional de referência



Fortalecer a relação com a rede de atenção à saúde e com a rede intersetorial (Saúde, Assistência Social, Transporte), pensando na integralidade



Favorecer a construção conjunta da autonomia da equipe e dos usuários



Trabalhar com campo e núcleo de saberes em busca da ampliação da clínica



Estruturar de equipes para Acolhimento



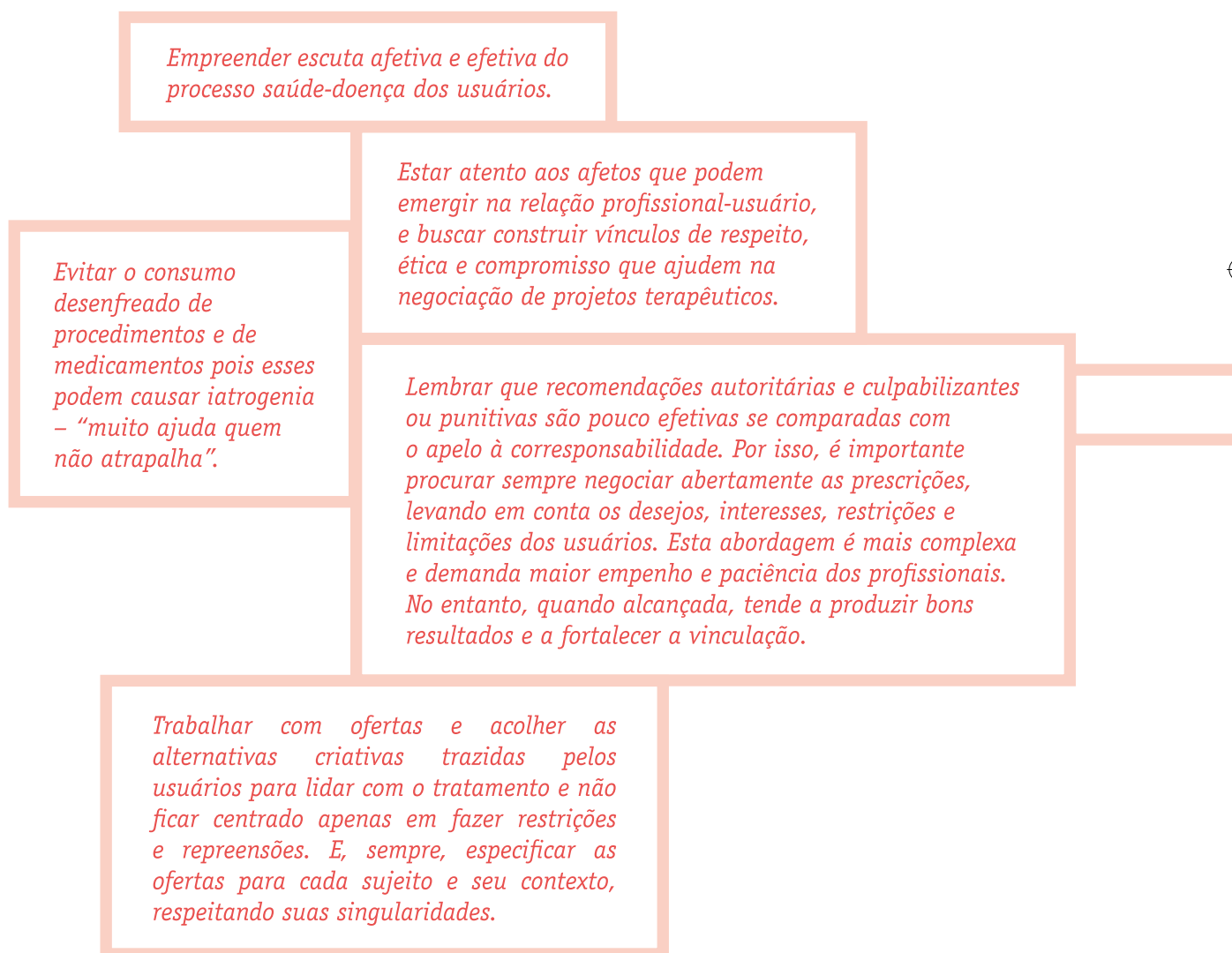
Apoio da gestão



Você deve ter visto que muitos dos dispositivos e estratégias aqui elencados estão relacionados à Clínica Ampliada e Compartilhada, assim como à Política Nacional de Humanização (PNH), tais como as equipes de referência, a humanização, a escuta qualificada, a coconstrução da autonomia, campo e núcleo de saberes.

Como é possível perceber, trata-se de um conceito muito valorizado no CRT-DST/AIDS-SP. Isto porque, apesar das dificuldades para sua implantação, quando as diretrizes teórico-metodológicas da Clínica Ampliada e Compartilhada passam a operar, geram bons resultados no que se refere à vinculação dos usuários ao serviço e ao tratamento. E isso faz toda a diferença.

Na cartilha do Ministério da Saúde sobre a PNH (BRASIL, 2008), que versa sobre a Clínica Ampliada e Compartilhada, há algumas sugestões práticas que podem ser úteis também quando se fala em vinculação, adesão e retenção de PVHIV ao tratamento. Algumas delas já foram debatidas separadamente neste Manual, outras, igualmente úteis, estão apresentadas a seguir.





Obter a maior clareza possível na comunicação com o usuário. Nesse sentido, é útil sempre perguntar o que ele entendeu sobre a doença e/ou sobre a medicação em vez de se limitar a questionar se ele tem alguma dúvida. Também ajuda se você evitar assustar o usuário com ameaças e risco de morte e conseguir identificar o sentido e as associações que ele faz a respeito da doença e do tratamento.

Valorizar a qualidade de vida e iniciar as consultas com temas referentes ao manejo das condições do processo saúde-doença. Evitar iniciar a consulta com inquirições de comportamento ou aferições.

Organizar o trabalho em equipes de referência e construir projetos terapêuticos singulares para os casos mais complexos e que demandam maior atenção.

Respeitar o direito à diferença, como crenças, costumes e outras tradições de grupos étnicos ou culturalmente diferenciados. Em alguns casos, os usuários que pertencem a esses grupos podem recorrer paralelamente e de modo autônomo a outros recursos socioculturais de cura e tratamento. O diálogo aberto e respeitoso sobre esse assunto é fundamental.

Equilibrar o combate à doença com produção de vida, pois o tratamento não deve se tornar o único objeto de investimento do usuário.

Todas as práticas listadas neste Manual, assim como as destacadas na cartilha da Clínica Ampliada e Compartilhada, ajudam a entender como esse referencial contribui para a vinculação dos pacientes e favorecem a adesão e a retenção ao tratamento. Caso você queira se aprofundar neste ou nos demais assuntos discutidos aqui, sugere-se consultar a bibliografia utilizada para a produção deste material. As referências, você já encontra a seguir.





6

REFERÊNCIAS



BALINT, M. O médico Seu paciente e a Doença. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1984.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS. Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Manuais n. 84. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de DST e AIDS. Nota Técnica No. 208/09 – UAT/DST – AIDS/SVS/MS. Orientações para abordagem consentida, alerta de má adesão aos antirretrovirais e critério de abandono ao tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST. Ano V - nº 1 - 27ª a 53ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2016. Ano V - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, GWS. Um Método de Análise e Co-gestão de coletivos. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O Método da Roda. São Paulo: HUCITEC, 1ed., 2000.

CAMPOS, GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G.W.S. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec, 2003, pp. 51-67.

CAMPOS, GWS. Campo e núcleo de conhecimentos e de responsabilidade. In: CAMPOS, GWS, organizador. Memórias de um médico sanitário que virou professor enquanto escrevia sobre. São Paulo: Hucitec; 2007. p.117-118.

CAMPOS, G.W.S. & DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública, v.23, n.2: p.399-407, 2007.

OLIVEIRA, M.M. Apoio matricial na atenção básica de campinas: formação e prática [Dissertação de Mestrado]. [Campinas (SP)]: Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP; 2014.

ONOCKO CAMPOS, RT. & CAMPOS, GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, GWS. et al. (org.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 669-688.

ONOCKO CAMPOS, RT; MIRANDA, L; GAMA, CAP; FERRER, AL; GONÇALVES, L; DIAZ, AR; TRAPÉ, TL. Inovações para o estudo e a produção de consensos: além do Delphi. IN: ONOCKO CAMPOS, R. & FURTADO, JP. Desafios de avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 2011.

RODRIGUES, M. & MAKSUD, I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/AIDS. Saúde e debate. Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 526-538, 2017.



Projeto

“Apoio a Clínica Ampliada,
Gestão Participativa e Adesão
no CRT-DST/AIDS”

2018

Manual de boas práticas em adesão e retenção de usuários em serviço ambulatorial para PVHA. / Mônica Martins de Oliveira Viana... [et al.] ; organização de Mônica Martins de Oliveira Viana. – São Paulo, 2018.

44 p.

Vários Autores e Colaboradores.

1. Clínica ampliada 2. Boas práticas 3. IST 4. Infecção pelo HIV 5. AIDS 6. Humanização I. Viana, Mônica Martins de Oliveira II. Ribeiro, Manoel Carlos Sampaio de Almeida III. Souza, Rosa de Alencar IV. Barbosa, Eduardo V. Souza, Kátia Valeska VI. Título.

CDD-616.951







COMITÊ GESTOR DO PROJETO

